Leiden 1901

# MYOOM-OPERATIES.

G. H. KAISER.

# MYOOM-OPERATIES.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/myoomoperatiesve0000gerb

# MYOOM-OPERATIES

VERRICHT IN DE

## LEIDSCHE GYNAECOLOGISCHE KLINIEK

VAN JULI 1896 — JULI 1900.

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

## Doctor in de Geneeskunde,

AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE LEIDEN,

OP GEZAG VAN DEN WAARNEMENDEN RECTOR-MAGNIFICUS

## Dr. C. P. TIELE,

HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER GODGELEERDHEID,

voor de Faculteit der Geneeskunde te verdedigen

*op Vrijdag 5 Juli 1901, des namiddags te 4 uur,*

DOOR

GERBERT HENRY KAISER,

GEBOREN TE LEIDEN.

GOUDA. — KOCH & KNUTTEL.
1901.

Aan mijne Ouders.

Bij het eindigen mijner academische studiën is het mij een aangename plicht mijn hartelijken dank te betuigen aan U Hooggeleerde Heeren, Professoren der Medische en Philosophische Faculteiten, voor de lessen, welke ik van U heb mogen ontvangen.

Weemoedig stemt dit woord van dank niet meer te kunnen richten tot twee dezer leermeesters.

De nagedachtenis van Professor Siegenbeek v. Heukelom en van Professor v. Iterson zal mij steeds in dankbare herinnering blijven.

Een bijzonder woord van dank voor U Hooggeleerde Veit voor de welwillendheid, die ik steeds van U mocht ondervinden, speciaal ook bij de samenstelling van dit Proefschrift.

# INLEIDING.

Waar dit proefschrift hoofdzakelijk ten doel heeft eene bespreking der door Z. H. G. Prof. Veit in de jaren Juni 1896—Juli 1900 verrichte myoom-operaties, is het mijn plan hieraan vooraf te laten gaan een korte bespreking der voornaamste hierbij in aanmerking komende operatiemethoden, waarbij ik in hoofdzaak het door prof. Veit uitgegeven »Handbuch der Gynaecologie" zal volgen. Hierna stel ik mij voor, over te gaan tot de behandeling der te Leiden geopereerde gevallen om tot slot eenige woorden te wijden aan hun resultaat, hun indicaties en bijzonderheden de gevallen betreffende.

Bij de bespreking der verschillende operatiemethoden, die bij de behandeling van uterusmyomen in aanmerking komen, moet men dadelijk eenige groepen tegen over elkaar stellen. In de eerste plaats operaties, waarbij men zich ten doel stelt alleen het myoom of de myomen te verwijderen en een bruikbaren uterus achter te laten, myomectomie of myoom-enucleatie, in de tweede plaats die, waar men direct of tijdens de operatie besluit den

uterus met de tumoren te verwijderen, uterusextirpatie; zij het soms met achterlating van den cervix: supravaginale uterusamputatie; ten derde een methode, waarbij men den uterus geheel intact laat met zijn tumoren, doch door wegname der ovaria of door onderbinding der toevoerende arteries tracht de ontwikkeling der myomen tegen te gaan, hun meest hinderlijke verschijnselen, speciaal de bloeding, te doen ophouden en misschien hun teruggang te bevorderen.

Het behoeft niet gezegd te worden, dat in principe de voorkeur te geven is aan die methoden, waarbij men alleen de myomen wegneemt en een intacten uterus achterlaat, een methode die echter in vele gevallen niet mogelijk is door grootte, zitplaats of aantal der myomen en die soms bij twijfelachtig resultaat grootere gevaren oplevert dan een radicaler operatie. Eenerzijds subsereuse, andererzijds submuqueuse myomen zijn natuurlijk veelal te verwijderen met behoud van een intacten uterus, polypeuse wel zonder uitzondering. Hoe dunner gesteeld de tumor, des te gemakkelijker de verwijdering. Bij tumoren met een breede basis, wordt het door de groote onregelmatige holte, die bij de myomectomie of myoom-enucleatie ontstaan zou, vaak moeilijk een eventueele bloeding te beheerschen en wordt ook het gevaar op en door een eventueele infectie grooter, terwijl er minder kans bestaat een normaal functioneerenden uterus achter te laten.

Vooral A. Martin 1) is een groot voorstander der

1) Berliner internat. Congres 1890.

enucleatie of excisie van myomen. Fritsch en Zweifel daarentegen stellen de gevaren er van meer op den voorgrond. Fritsch [1]) wijst er ook op, dat myoom-kiemen veelal multipel zijn en men dus nooit zeker is, dat er geen nieuwe zullen ontstaan. Hij wijst er ook op, dat de kans op conceptie toch gering is. Om dezelfde reden zijn ook Kaltenbach en na hem Hofmeier [2]) er niet onbepaald voor. Vooral gelden al hunne bezwaren de verwijdering van interstitieele myomen. E. Fränkel [3]), Schröder [4]), Albert [5]), Schauta [6]), daarentegen zijn sterke voorstanders. Schröder noemt de operatie een ideale operatie als het mogelijk is een tamelijk normaal functioneerenden uterus achter te laten. Dit is slechts mogelijk als er slechts één of zeer weinig myomen aanwezig zijn, die alle door enucleatie zijn te verwijderen. Dan kunnen wij ons hiermee tevreden stellen vooral als de vrouw nog vóór het climacterium is.

Olshausen [7]) houdt de operatie in gunstige gevallen »dat is bij goed toegankelijke niet te groote gezwellen" voor weinig gevaarlijk.

Bij polypeuse tumoren is de operatie zoo gemakkelijk en weinig ingrijpend, dat zij hier wel zonder uitzonde-

---

1) Centralbl. f. Gyn. Congressbeilage 1890.

2) Gynaecol. Operat. 1892 2de Aufl.

3) Arch. f. Gyn. Bd. XXXIII.

4) Hofmeier Die myomotomie.

5) Wiener med. Pr. 1888 13, 16, 17.

6) Wiener med. Wochenschrift 1895 2 en 3.

7) I. Veit, Handbuch der Gynaecologie II. Enucleation; Indicationen und Grenzen.

ring de voorkeur verdient, ook al heeft men geen zekerheid dat niet later nieuwe tumoren zullen ontstaan.

Wanneer men om de een of andere reden de myomectomie niet verrichten wil of kan, heeft men dus te kiezen tusschen de beide andere methoden. Tegenwoordig zal dan wel in verreweg de meeste gevallen tot uterusexstirpatie besloten worden, waar volgens de ervaringen van de meeste operateurs noch castratie, noch arterieonderbinding met eenige zekerheid op afdoend resultaat kunnen doen rekenen en de gevaren der uterusexstirpatie door verbeterde techniek en volmaakter asepsis steeds kleiner worden. Slechts wanneer bijv. door adhaesies de uterusexstirpatie onoverkomelijke bezwaren dreigt op te leveren of wanneer om een of andere reden een langdurige operatie ongewenscht voorkomt, zal men in enkele gevallen nog tot een dezer beide methoden besluiten. Welk van beide de voorkeur verdient is moeilijk met zekerheid uit te maken. Het schijnt, dat de resultaten der castratie wat beter zijn dan die der arterieonderbinding.

In de tweede plaats moeten wij de operatie per vaginam stellen tegenover die per laparotomiam. Welken weg men hier kiezen zal, hangt voor een deel af van de neiging van den betrokken operateur. Bij tumoren waar men of door hun grootte of door adhaesies of om andere redenen een moeilijke verwijdering kan veronderstellen zullen wel de meesten de laparotomie verkiezen. De vaginale methode heeft de voordeelen van minder kans op ernstige infectiestoornissen en het niet ontstaan

van buikbreuken, benevens den korteren duur der reconvalescentie en de onmogelijkheid van vergroeiing van darmen met den voorsten buikwand. [1]) Hiertegenover staan grooter gevaar voor nabloeding en grooter moeilijkheid tijdens de operatie de bloeding te bestrijden. Vooral onder de Fransche gynaecologen zijn er velen, die de vaginale methode zoover mogelijk willen uitbreiden, ik noem slechts Péan, [2]) Richelot, [3]) Doyen. J. Veit wil de vaginale operaties hierdoor begrenzen, dat hij alleen dan vaginaal opereert, als de tumoren nog in het bekken indrukbaar zijn, en verder zal ook bij verettering van myomen om het geringer infectiegevaar de vaginale weg te verkiezen zijn. Treub [4]) wil de vaginale operaties niet verder uitbreiden dan tot tumoren, die tot aan den navel reiken en tumoren tot vuistgrootte steeds per vaginam verwijderen.

1) J. Loopuijt Diss. Leiden 1898 Conservat. vagin. laparotomie.

2) Péan Gaz. des hopitaux 1886 no. 56 en 119.

3) Union méd. 1893.

4) Leerboek der Gynaecologie.

## Korte beschrijving der voornaamste operatiemethodes.

### I. *Castratie.*

De techniek dezer operatie wijkt in principe niet af van de typische ovariotomie, wel kan de operatie, voor myomen verricht, eigenaardige moeilijkheden opleveren: in de eerste plaats kunnen de ovaria zoo verborgen liggen, dat zij moeilijk te vinden of bezwaarlijk te exstirpeeren zijn. Het laatste kan vooral dan het geval zijn, als de ovaria zoo dicht tegen de tumoren aanliggen, dat er geen behoorlijke steel gevormd kan worden zonder eenig ovariaalweefsel achter te laten; en zoo dit gebeurt is de geheele operatie waardeloos. Hierom heeft men den eisch gesteld niet tot de castratie over te gaan, als men zich niet, na opening van den buik, overtuigd heeft van de mogelijkheid beide ovaria geheel te exstirpeeren. Een verder bezwaar is hierin gelegen, dat door de bij myomen vaak sterke ontwikkeling der bloedvaten in de ligamenta lata de bloedstelping moeilijkheden kan opleveren.

De operatie is het eerst verricht door Hegar [1]) en

1) Die Kastration der Frauen, Volkmann's Klinische Vorträge No. 136—138.

door Trenholme, [1]) beide in 1876, »om hierdoor de ovulatie en daarmee tegelijk de menstruatie en de van de myomen afhankelijke profuse uterusbloedingen te doen ophouden". In vele gevallen gelukte dit, in verscheidene zag men ook stilstand of zelfs kleiner worden der tumoren. Er blijven echter altijd gevallen over, waar de bloedingen aanhouden en ook zijn er meedeelingen van voortgaanden groei. Moeilijk is natuurlijk uit te maken of in die gevallen steeds al het ovariumweefsel is verwijderd. Een groot bezwaar van deze methode blijft steeds het vaak in sterke mate optreden van verschijnselen van vervroegd climacterium.

Wat de techniek betreft, in verreweg de meeste gevallen is geopereerd per laparotomiam. De ovaria werden naar buiten gehaald en, nadat de steel in eenige gedeelten afgebonden was, verwijderd. Hegar [2]) heeft in sommige gevallen, waar door de grootte der tumoren bij incideeren op de gewone wijze vermoedelijk de ovaria moeilijk te vinden zouden zijn, gebruik gemaakt van twee incisies elk aan een zijvlakte van den buik (»Flankenschnitt") en zoo de ovaria te voorschijn gehaald.

Vaginaal schijnt bij myoom de operatie niet verricht te zijn; het is ook a priori wel aan te nemen, dat in deze gevallen het bereiken der ovaria per vaginam groote moeilijkheden op zal leveren, zoo niet geheel onmogelijk zal zijn.

---

1) I. Veit, Handbuch der Gynaecologie II. Die Kastration bewerkt door Olshausen.

2) Hegar l. c.

## II. *Arterieonderbinding.*

Door Hofmeier [1]) e. a. was reeds uitgesproken dat het effect der castratie veroorzaakt zou worden door de onderbinding der arteries. Nadat dit reeds in geisoleerde gevallen toegepast was (o. a. door Schröder [1]) in een geval waar de uterusexstirpatie onmogelijk bleek) werd het eerst in 1889 door Rydygier [2]) het voorstel gedaan met dit doel alle zes toevoerende arteries te onderbinden. Hij voerde het uit in een geval met slechts tijdelijk resultaat.

Na hem hebben vooral Gottschalk [3]) en F. H. Martin [4]) deze methode gebruikt, echter met dit verschil, dat zij alleen de art. uterinae onderbonden. Anderen weer o. a. Greene [5]) onderbonden art. spermaticae en uterinae. Over het algemeen zijn de resultaten niet schitterend.

Rydygier opereerde per laparotomiam, hij maakte een incisie in het peritoneum van waaruit hij de art. spermaticae en uterinae kon bereiken en onderbond deze benevens de lig. rotunda. Gottschalk en F. H. Martin opereerden vaginaal, de eerste met geheele omsnijding van de portio en terugschuiven van de blaas, de laatste alleen incisies makende ter weerszijde van de portio vaginalis.

Beide methoden zijn in de te bespreken jaren te Leiden niet toegepast.

1) Verh. der Deutschen Geselschafft f. Gynaec. Bonn 1891.
2) Wiener kln. Wochenschrift 1890.
3) Arch. f. Gyn. XLIII.
4) Arch. de Tocol. 1894 XXI.
5) Centralblatt für Gynaec. 1895.

## III. *Myomectomie of myoom-enucleatie.*

### A. *Vaginale myoomverwijdering.*

Hierbij moet men in de eerste plaats afzonderlijk beschouwen de polypeuse myomen. Deze kan men verwijderen door eenvoudig den steel vlak boven den tumor door te knippen of men kan den kapsel incideeren en den tumor enucleëeren. De laatste methode is de beste, daar men bij de eerste altijd eenig gevaar loopt de buikholte te openen, als n. l. de tumor den uterus partiëel heeft geinverteerd en de inversietrechter in den steel loopt.

Voor de verwijdering van submuqueuse tumoren is in den laatsten tijd het eerst een bepaalde methode aangegeven door Péan. [1]) Deze dilateert brusque den cervix, comprimeert met zoogenaamde pinces hémostatiques den kapsel van den tumor waar deze op den uterus overgaat, doorsnijdt den kapsel en enucleërt het gezwel. Kan hij nu den tumor niet in toto verwijderen, dan verkleint hij den tumor met zijn zaagtang (pince-scie) en verwijdert hem zoo. Gaat dit ook niet, dan trekt hij den cervix zooveel mogelijk omlaag, omsnijdt de portio en schuift den vaginaalwand terug. Nu splijt hij aan weerszijde het collum, grijpt met mes en schaar den tumor aan en verwijdert hem in stukken. Vervolgens naait hij den cervix dicht en weer aan de vagina vast.

Bij deze methode van cervixsplijting bestaat steeds het gevaar de art. uterinae te verwonden.

1) l. c.

Beter is daarom de methode van splijting zooals deze ook door I. Veit en Doyen wordt aangegeven; na omsnijden van de portio viginalis en terugschuiven van de blaas wordt de cervix aan den voorkant in de mediaanlijn opengeknipt liefst zonder het peritoneum te openen. Kan men dan nog de tumoren niet verwijderen, dan kan men ook nog de achterzijde van den cervix openknippen, waarbij steeds het peritoneum wordt geopend en men kan dan volgens Péan den tumor verkleinen, waarna de cervixwonden gehecht worden. Ook in de verwijding van de cervix volgt prof. Veit een andere methode: 24 uur voor de operatie wordt een laminariastift ingebracht en later de cervix zoo noodig nog door Hegar'sche dilatatoria verwijd. Nu kan men met den vinger in den uterus ingaan en de tumoren voelen. Zijn deze gesteeld dan trekt men ze naar buiten en exstirpeert ze als polypeuse myomen, zoo niet dan dringt men met den nagel door het slijmvlies en enucleëert de myomen. Gaat dit niet, dan gaat men over tot de boven beschreven methode.

Af te keuren zijn de oudere methoden, waarbij men of alleen de mucosa boven den tumor incideerde en de verdere uitstooting aan de natuur overliet of waarbij men den tumor enucleëerde en als hij niet in toto te verwijderen was den cervix door gummiballons, jodoformgaas etc., nog verder trachtte te verwijden. Dat beide methoden licht aanleiding geven tot rotting van den tumor en infectie is duidelijk.

Ook interstitieele myomen, die dicht bij de mucosa

liggen, kunnen op deze wijze verwijderd worden. Anders moet men te werk gaan bij tumoren die zich ontwikkeld hebben in het bekkenbindweefsel onder het peritoneum. Puilt de tumor hier of daar in de vagina uit, dan incideert men, waar hij het sterkst in de vagina vooruitspringt, stelpt de bloeding en dringt stomp tot op den tumor door om hem te enucleëeren en te verwijderen. Zooveel mogelijk zorgt men hierbij buiten het peritoneum te blijven. Ligt de tumor meer in de diepte dan omsnijdt men de portio naarmate van de ligging van den tumor aan de voor- of achterzijde, schuift casu quo de blaas terug, dringt stomp tot op den tumor door en enucleëert en verwijdert hem.

Een andere methode om myomen vaginaal te verwijderen is aangegeven door Dührssen, die ook hiervoor aanraadt gebruik te maken van zijn vaginale laparotomie.[1]) Hij opent van uit het septum vesico-vaginale de buikholte en trekt den uterus met tubae en ovaria door deze opening tot voor de vulva. Men kan nu de myomen verwijderen, het myoombed hechten en den uterus reponeeren. Ligt de tumor aan de voorzijde, dan kan men ook den tumor enucleëeren zonder den geheelen uterus vooraf naar buiten te halen.

Een bezwaar is, dat bij eenigszins grootere tumoren die dislocatie geregeld mislukt.

Cervicaalmyomen kan men meestal gemakkelijk na ruime incisie van den kapsel vaginaal enucleëeren en zoo noodig na verkleining verwijderen.

1) Zie diss. J. Loopuijt.

Resumeerende ziet men dus, dat de vaginale methode bruikbaar is voor alle polypeuse en de meeste cervicaalmyomen, voor submuqueuse, interstitiëele en intraligamentaire, als zij zich nog in de bekkenholte laten indrukken, terwijl voor subsereuse de methode het minst bruikbaar is, tenzij hun grootte toelaat den geheelen uterus volgens Dührssen voor de vulva te brengen.

### B. *Abdominale myoomverwijdering.*

Behalve polypeuse kunnen alle andere myoomvormen in aanmerking komen voor een verwijdering per laparotomiam, in de eerste plaats wel de subsereuse.

Wat betreft de techniek heeft men in hoofdzaak twee vormen te onderscheiden en wel gesteelde en niet gesteelde tumoren. Heeft men te doen met een gesteeld subsereus myoom dan is de operatie eenvoudig. Men opent de buikholte, brengt den tumor naar buiten en bindt den steel naar gelang van de dikte in een of meer partijen af met zijde, catgut of met een elastieke ligatuur. Is de tumor niet eigenlijk gesteeld en wel van een duidelijken kapsel voorzien, zooals meestal het geval is, dan moet hij geënucleëerd worden. Nadat de tumor is te voorschijn gehaald, wordt de kapsel over zijn grootste convexiteit gespleten en de tumor geënucleëerd. Na verwijdering van den tumor wordt de mantel zoo noodig geheel of gedeeltelijk gereseceerd en de holte in een of meer étages door geknoopte hechtingen gesloten. Hierbij moet men er vooral op letten dat de wondvlakten

goed tegen elkander sluiten ter wille van de zekere bloedstelping.

In sommige gevallen, speciaal bij adenomyomen, heeft de tumor geen eigenlijken kapsel. In dat geval omsnijdt men den tumor door twee halfcirkelvormige incisies en sluit den ovalairen wond met diepe hechtingen.

Zoo noodig kan men in beide gevallen tijdelijk een elastieke ligatuur om den cervix leggen.

Volgens deze methode kan men intramurale en zelfs submuqueuse myomen enucleëeren. A. Martin [1]) is bij de laatste zoover gegaan, dat hij eerst de uterusholte opende en vandaar uit het myoom enucleëerde.

### IV. *Uterusexstirpatie.*

#### A. *Per vaginam.*

Al is de operatie vóór hen reeds door anderen uitgevoerd, zoo zijn het toch vooral de Fransche gynaecologen o.a. Péan, Richelot, Doyen, die veel gedaan hebben voor de uitbreiding der vaginale methoden.

Oorspronkelijk werden hierbij de breede banden afgebonden en de uterus gemorcelleerd, zooals hiervoor vooral door Péan [2]) een methode is aangegeven. Hij legt de portio bloot in een Simon's speculum, omsnijdt de portio, schuift de blaas terug en opent vóór en achter de peritoneaalholte. Nu onderbindt hij de art. uterinae, trekt den uterus naar beneden en excideert zoo noodig onder morcelle-

1) Zeitsch. f. Gyn. u. Geburtsh. XX.

2) Sécheyron. Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale Paris 1889.

ment het corpus uteri. Hiertoe incideert hij het collum uteri aan weerszijden en reseceert beide helften; bloedende vaten worden in een pincet gepakt. Nu snijdt hij het corpus uteri aan beide zijden in, verdeelt hem zoo in een voorste en achterste helft en trekt nu, zoo noodig stukken van den tumor wegsnijdende, den uterus naar beneden, totdat de fundus te voorschijn komt, waarna de ligamenten worden onderbonden. Na den uterus worden ook tubae en ovaria verwijderd.

Later is ook Péan klempincetten gaan gebruiken, zooals dit het eerst is aangegeven door Richelot. [1])

Deze gaat op verschillende wijzen te werk naarmate de uterus al of niet bewegelijk is. In het eerste geval trekt hij den cervix tot in den introïtus vaginae en omsnijdt de portio. Hij schuift de blaas terug en opent in het cavum Douglasii het peritoneum na den uterus zoo ver mogelijk naar voren gehaald te hebben. Nu haalt hij met een haaktang den fundus uteri door de opening in het cavum Douglasii te voorschijn, steeds trekkend aan de portio. Hierdoor ontstaat een knik in het ligamentum latum en nu legt hij beiderzijds twee klempincetten aan waarna de uterus wordt verwijderd.

Is de uterus onbeweeglijk, dan begint hij op dezelfde wijze als Péan. Na resectie van het collum, pakt hij dan met een tang het corpus uteri en tracht dit door trekken aan den voorwand naar voren om te halen, waarbij,

1) Union méd. 1887 p. 130, 131.
„ „ 1893 p. 85.
Ann. de gyn. et d'obst, 1893.

zoo noodig, uitgaande van een mediane incisie de uterus wordt verkleind. Door klempincetten worden dan de ligamenta lata verzorgd, waarop de uterus wordt verwijderd.

Een belangrijke wijziging werd in de operatie aangegeven door Doyen [1]). Hij gaf een methode aan om den uterus in de meeste gevallen zonder voorafgaande onderbinding voor de vulva te brengen, den uterus door stuksnijden of door enucleëeren van tumoren verkleinende. Hij trekt met een paar haaktangen de portio sterk naar omlaag, omsnijdt de portio, dringt dadelijk door in het cavum Douglasii en maakt eventueele adhaesies daar los. Nu schuift hij de blaas terug, en knipt het collum aan de voorzijde in, in de middellijn, waarbij hij het peritoneum opent. Nu pakt hij beide stukken van den voorwand hooger op met tangen beet en knipt den uterus verder in. Bij groote tumoren snijdt hij van uit het collum een V vormig stuk uit den voorwand van den uterus. Op een dezer manieren komt de tumor in het bereik en nu kan hij door op de een of andere manier den tumor te verkleinen eindelijk den fundus uteri voor de vulva krijgen, en zoo den geheelen uterus naar buiten brengen, waarop hij dan van onder naar boven zijn groote klemtangen aanlegt, boven ter verzekering nog een kleinere, en den uterus afsnijdt.

Later zijn andere operateurs in plaats van de klemmen weer gebruik gaan maken van ligaturen, steeds er naar strevende zooveel mogelijk de verschillende vaten afzon-

1) Assoc. franç. de Gyn. Proc. verb. Paris 1893 Vol. VII. Ann. de la Soc. de med. d'Anvers Vol. LXVI.

derlijk te onderbinden. Beschreven wordt deze methode door Leopold [1]). Ook in de Leidsche gevallen is in het algemeen deze methode gevolgd. Hierbij wordt de portio omsneden, de blaas teruggeschoven en vóór en achter de peritoneaalholte geopend. Nu tracht men door trekken aan de portio en door duwen met den vinger van uit het cavum Douglasii den uterus in zijn geheel voor de vulva te krijgen. Is de uterus hiervoor te groot dan wordt getracht hem te verkleinen door de verschillende myomen afzonderlijk te enucleëeren door sagittaal op den een of anderen toegankelijken tumor te incideeren, steeds alleen zorgende den samenhang tusschen de portio en het bovendeel van den uterus niet te verbreken. Zoo krijgt men zonder of met slechts onbeteekenende bloeding den uterus voor de vulva. Hierna worden de ligamenten in 2—4 partijen afgebonden of zoo mogelijk de vaten geisoleerd en wordt de uterus verwijderd.

Gelukt het niet den uterus voor de vulva te krijgen dan moet men in situ de art. uterinae onderbinden en afsnijden, waarbij prof. Veit, om afglijden te voorkomen, de stompen aan den vaginaalwand hecht. Verder gaat de operatie zooveel mogelijk als boven beschreven is.

### B. *Per laparotomiam.*

Hoewel tegenover de vaginale totaalexstirpatie eigenlijk staat de abdominale totaalexstirpatie, stel ik mij toch voor eerst de supravaginale amputatie te behandelen, daar deze ouder is en daar ook vele bijzonderheden

1) Arch. f. Gyn. bd. 36 en 38.

bij de operatie het eerst voor de supravaginale amputatie zijn aangegeven.

### I. *Supravaginale amputatie.*

Zooals de naam aangeeft, wordt bij deze operatie de uterus verwijderd met behoud van de portio vaginalis. Vooral werd deze operatie verkozen boven de totaalexstirpatie wegens de gemakkelijker beheersching der bloeding, het minder gevaar voor laedeeren der naburige organen en den korteren duur.

Twee verschillende methoden van steelbehandeling staan hierbij in hoofdzaak tegenover elkaar.

a. de extraperitoneale steelbehandeling

b. de intraperitoneale steelbehandeling.

a. Al is de oudste van deze methoden, de extraperitoneale, volgens Kaltenbach [1]) het eerst verricht door Spencer Wells, zoo zijn toch Koeberlé [2]) en verder vooral Péan [3]) en Hegar [4]) de mannen, die de extraperitoneale operatie het eerst tot een bepaalde methode hebben verheven. Echter is om den langen duur der nabehandeling, het ingetrokken litteeken, de kans op buikbreuken en de soms zich voordoende moeilijkheid de korte stomp extraperitoneaal te bevestigen, met het daardoor onvermijdelijke trekken aan de bekkenor-

1) Hegar und Kaltenbach operative Gynaecologie 3 Aufl. 1886.

2) Koeberlé. Documents pour servir à l'histoire de l'exstirpation des tumeurs fibreuses, Strassbourg 1861.

3) Péan et Urdy. Hysterotomie etc. Paris 1893.

4) Berliner Klin. Wochenschrift 1876 März.

ganen, de operatie wel als verouderd te beschouwen.

Ik zal erover dan ook kort zijn en alleen de methode beschrijven, zooals ze in hoofdzaak door Hegar [1]) is aangegeven en zooals later vooral Schauta [2]) de operatie verricht heeft. Hegar legde om den cervix en de ligamenta lata een elastieke ligatuur of bond de ligamenten af of legde de ligatuur alleen om den cervix. Hierna werd de uterus afgesneden en het achter de ligatuur liggende deel van het collum door zijden hechtingen aan het peritoneum parietale bevestigd in den ondersten hoek van de buikwond. Hierdoor werd dus een trechter in den buikwand gevormd, die door de spoedige verkleving der serosabladen van de buikholte was afgesloten. Om een terugglijden van de stomp te voorkomen, werden twee sterke en lange naalden kruiselings door den cervix gestoken boven de ligatuur. Boven de stomp werd het peritoneum afzonderlijk gesloten en daarop de buikwond tot aan de stomp dichtgenaaid. Om de ettering van de stomp te verminderen, werden de zij- en voorvlakten met de thermocautère gecauteriseerd. In hoofdzaak eender opereert Schauta [3]); alleen enucleëert hij zoo noodig eerst de grootste tumoren en amputeert hij den uterus eerst als de cervix aan het peritoneum is bevestigd en het peritoneum is gesloten.

Om aan de bezwaren dezer operatie tegemoet te

1) l. c. vorige pagina.

2) Wiener med. Wochenschrift 2 en 3 1895.

3) l. c.

komen hebben v. Hacker [1]) en Wölffler [2]) een methode aangegeven om wel de stomp aan den buikwand te bevestigen, doch de buikwand er over te sluiten, de zoogenaamde suspensiemethode. Na amputatie van den uterus sluiten zij het cervicaalkanaal en bevestigen de stomp door twee matrashechtingen, die in sagittale richting door de stomp loopen, aan den buikwand. Nu naaien zij het peritoneum parietale tot op de stomp dicht en vereenigen dit met het peritoneum van de stomp. Hierover heen sluiten zij nu den buikwand en draineeren alleen de onderste wondholte naar de stomp.

Gersuny [3]) sloot ook het cervicaalkanaal in sagittale richting.

b. Bij de intraperitoneele steelbehandeling komen in hoofdzaak drie methoden in aanmerking.

1. Als type, waaruit de meeste andere operatiemethoden zijn ontstaan, kan men beschouwen de in 1880 door Schröder [4]) aangegeven methode; al is de intraperitoneale steelbehandeling reeds voor hem uitgevoerd. Na opening van den buik wordt de uterus naar buiten gehaald, de darmen er achter worden met een doek bedekt en de buikwond dichtgehouden. Zoo noodig moeten eerst eventueele adhaesies losgemaakt worden. Nu worden beiderzijds de ligamenta infundi-

1) Wiener med. Wochenschrift 1885 no. 45.

2) Wiener med. Wochenschrift 1885 no. 25.

3) Wiener med. Wochenschrift 1888 no. 7 en 8.

4) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1882. VIII.

bulo-pelvica met de art. spermaticae door twee ligaturen afgebonden en tusschen beide doorgesneden, zoodat de adnexa bij den uterus blijven. Het ligamentum latum wordt dan tot op den tumor doorgesneden en grootere vaten, als zij zichtbaar worden, geïsoleerd onderbonden. Ook het ligamentum rotundum wordt zoo laag mogelijk tusschen twee ligaturen doorgesneden. Nu wordt de elastieke ligatuur om den cervix gelegd en de uiteinden daarvan door een tang gefixeerd. Hierop doorsnijdt men aan de voor- en achterzijde het peritoneum zoo dat de sneden uitkomen in de aan de zijvlakte reeds aanwezige.

Nu worden de bindweefselmassa's op zij van den uterus doorsneden en de afzonderlijk zichtbare vaten onderbonden. Hoe dieper men kan onderbinden, des te zekerder vindt men de nog onvertakte art. uterina. Nu wordt de uterus doorgesneden en het cervicaalkanaal, zoodra het zichtbaar wordt, met een 10% carboloplossing gedesinfecteerd en de eventueel nog in de stomp zichtbare myomen worden geënucleëerd.

De cervicaalwand wordt voor en achter met een Muzeuxsche tang gepakt om door van elkander aftrekken van voor- en achterwand een afglijden der ligatuur te verhinderen. Nu wordt eerst de cervix met geknoopte hechtingen gesloten, dan het spierweefsel er boven vereenigd en eindelijk de bovenste laag met het peritoneum. Gewoonlijk wordt voor het aanleggen der laatste naad de elastieke ligatuur weggenomen, om de randen van het peritoneum beter te kunnen adapteeren. Voor deze naad gebruikte Schröder gecarboliseerde zijde.

Alle draden worden kort afgeknipt en de steel wordt in de diepte teruggelaten, de buikholte wordt schoongemaakt en gesloten.

Olshausen en later ook Hofmeier [1]) brachten de wondvlakten van den cervix bij elkaar door diepe hechtingen, die door het peritoneum en den bodem van de wond gingen. Hofmeier vereenigde voor het knoopen dezer hechtingen de wondvlakte door een doorloopende catgutdraad.

Een wijziging dezer methode, die hij de retroperitoneale noemde, werd in 1891 aangegeven door Chrobak [2]) en op ongeveer dezelfde wijze ook door Olshausen toegepast. Chrobak volgde deze methode, als een nauwkeurige desinfectie der vagina niet mogelijk was en de totaalextirpatie dus verviel.

Hij opereert aldus: De tumor wordt naar buiten gehaald, de ligamenta lata tot aan den fornix vaginae afgebonden en nu een groote voor- en een kleine achterlap van het peritoneum gevormd, die precies tot aan de aanhechting van den fornix vaginae worden losgemaakt. Nu worden de art. uterinae omstoken of, als dat niet mogelijk is, een elastieke ligatuur aangelegd en de cervix ½--1 cM. boven de vasthechting der vagina dwars doorgesneden en de holte met den thermocautère uitgebrand. Nu wordt een jodoformgaastampon in de vagina gebracht en worden de beide peritoneaallappen

1) Gyn. Operat. 2de Aufl. 1892.

2) Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 169 en 713.
en Wiener med. Wochenschrift 1894 no. 52.

benevens het peritoneum der ligamenta lata door serososereuze naden over de stompen van uterus en ligamenten genaaid. Door de ongelijke grootte der lappen komt de naad op zij van het cervicaalkanaal te liggen. Zoo komt dus de stomp in een extraperitoneale holte te liggen, die naar de vagina gedraineerd worden kan.

2. Als een tweede methode is te beschouwen de wijze van opereeren, zooals ze is aangegeven door Zweifel [1]) in 1881. Hij onderbindt den cervix en de ligamenta lata met, wat hij noemt, een »fortlaufende Partienligatur". Hij werkt met een 40 c.M. lange zijden draad, gestoken in een met een oor voorziene van onder scherpe schuifnaald naar v. Bruns en begint de ligatuur aan den bovenrand van het linker ligament. Onder telkens voortstooten, waarna de draad wordt doorgesneden, en terugtrekken van de naald legt hij in 3 of 4 partijen een ligatuur om het ligamentum latum. De laatste lis omvat de art. uterina met de zijvlakte van den cervix. Nu worden alle ligaturen dichtgeknoopt behalve de twee aan den cervix en hieronder de elastieke ligatuur gelegd, die met een klem gefixeerd wordt. Nu wordt de tumor horizontaal afgesneden, nadat er eerst voor en achter een peritoneaallap, met een dunne spierlaag voorzien, gevormd is. Hierna wordt het cervicaalkanaal uitgebrand en in 4 of meer partijen de cervix onderbonden, waarna de peritoneaallappen aan elkaar worden gehecht en het toilet der buikholte wordt gemaakt.

1) Naturforscher Sammlung Salzburg 1881.
en Stielbehandlung bei Myomectomie 1888.

3. Een derde methode is die, waarbij gebruik gemaakt wordt van een blijvende elastieke ligatuur. Het eerst is deze methode aangegeven door Kleeberg [1]) en later ook door anderen toegepast, speciaal Olshausen [2]), Dohrn [3]) en Treub. [4]) De laatste onderbindt eerst lateraal van de ovaria het bovenstuk der ligamenta lata. Bij zeer lang uitgerekte ligamenten volgt nog een tweede onderbinding en zoo noodig wordt na doorsnijding van het peritoneum in het cavum vesico-uterinum de blaas teruggeschoven. Hierna wordt de elastieke ligatuur aangelegd en de uterus er boven geamputeerd, de cervicaalholte met 2 °/₀₀ sublimaat uitgeveegd, de uterusstomp met wat jodoform bestrooid, alle darmlissen, die achter de stomp in het kleine bekken liggen, er uitgehaald en de buikholte gesloten.

Als een vierde methode kan men nog beschouwen een modificatie vooral toegepast door Byford [5]) uitgaande van de methode door Porro en Wasseige aangegeven voor de Porro-operatie. Hij onderbindt de ligamenta lata, legt een elastieke ligatuur aan, onderbindt de art. uterinae, neemt de ligatuur weg, opent het peritoneum in het cavum vesico-uterinum en schuift de blaas terug. Nu wordt met een halfstompe tang (»haemostatic forceps")

1) St. Petersb. med. Wochenschrift XXVI 1877 1 en 2 1877 41.

2) Deutsche Zeitsch. für Chir. XVI.

3) Centralblatt. f. Gyn. 1894 28.

4) Zur Stumpfbehandlungsfrage bei der myomhysterectomie. Monatschrift f. Geburtsh. u. Gyn. Nov. 1894.

5) Tr. Amer. Gyn. Soc. 1889, 90 en 91.

het laquear anterius doorboord en door een dwarse en een sagitale incisie de opening vergroot. Nu grijpt de operateur met de linkerhand in het cavum Douglasii en haalt de portio vaginalis zoo in de hoogte dat de wondvlakte van de stomp gedraaid wordt naar de opening in het laquear anterius en naait nu het peritoneum van de blaas met een doorloopende catguthechting aan de achterzijde van de stomp vast. Van uit de vagina wordt de stomp een paar dagen met een tang gefixeerd en de vagina wordt getamponneerd.

Bij deze methode heeft men natuurlijk steeds een groote kans op ettering van de stomp.

### II. *Abdominale totaalexstirpatie.*

Voor myomen is deze operatie het eerst verricht door Bardenheuer [1]) naar de methode door Freund voor carcinoom aangegeven. In de volgende jaren werd zij door vele operateurs uitgevoerd, het eerst in een grootere rij van gevallen door A. Martin en door hem als voornaamste operatiemethode aanbevolen (1889). [2]) De groote drijfveer er toe was wel gelegen in de vele gevallen van sepsis, die de meeste operateurs nog hadden bij de supravaginale amputatie en die toegeschreven werden aan de teruggelaten cervixstomp. Nu dit bezwaar door verbeterde techniek tot een minimum is gereduceerd, is het moeilijk nog een bepaald voordeel voor de totaal-

1) Die Drainierung der Peritonalhöhle 1881. Im Anhang: Thelin, Die Totalexstirpation der Uterus wegen Fibroid.

2) Centralblatt für Gyn. 1889 no. 40.

exstirpatie aan te voeren, al is het niet tegen te spreken, dat er veel verlokkends in gelegen is, niet een betrekkelijk volumineuze en allicht minder goed gevoede stomp achter te laten.

Dat er gevallen zijn waarin men den uterus totaal moet exstirpeeren, zooals bij ontwikkeling van cervicaalmyomen tot in de vagina of waarin door adhaesies de portio vaginalis niet is te bereiken, zoodat men gedwongen is den uterus supravaginaal te amputeeren kan nooit in het algemeen tot bevoordeeling eener bepaalde methode leiden.

De voornaamste nadeelen der totaalexstirpatie zijn reeds vroeger opgenoemd. In het begin werd door verschillende operateurs o. a. Martin, [1]) Péan, [2]) Fritsch, [3]) eerst de supravaginale amputatie uitgevoerd en vervolgens de portio vaginalis verwijderd per vaginam. Martin deed dit later van boven uit, na amputatie van den uterus opende hij van boven uit het laquear posterius, voerde van hieruit zijn vinger in de vagina en onderbond in partijen den verderen vaginaalwand. Na voorzichtig den voorwand losgemaakt te hebben, verwijderde hij de geheele stomp en sloot zoo noodig de opening in den bekkenbodem met catgut.

Later heeft hij een methode aangegeven den uterus in zijn geheel te verwijderen. [4]) Hij begint met de onder-

1) Centralblatt für Gyn. 1889 no. 40.

2) Arch. de tocologie XIX 1892.

2) Centralbl. f. Gyn 1890 p. 60

4) Berl. Klin. Wochenschrift 1895 no. 29.

binding en doorsnijding der ligamenta lata lateraal van de adnexa tot aan den fornix vaginae. De onderste ligaturen vatten ook de art. uterinae. De bewegelijk geworden uterus hangt nu over de symphysis naar beneden, waardoor de ligamenta sacro-uterina worden gespannen en gemakkelijk van den cervix losgeknipt kunnen worden. Van uit de vagina wordt nu met een koorntang stomp het laquear posterius doorboord en de opening verwijd, waarna het peritoneum aan den achterwand der vagina wordt gehecht. Nu worden aan den eenen kant de zijdelingsche partijen van den fornix vaginae afgebonden, de portio met een kogeltang, die tevens het ostium dichthoudt, naar boven getrokken en zoo de voorste vaginaalwand zichtbaar gemaakt. De andere zijkant van den fornix wordt nu eveneens onderbonden en doorgeknipt, de voorwand der vagina door hechtingen, die tevens door den achtersten blaaswand gaan, aan het peritoneum der excavatio vesico-uterina vastgemaakt en de voorste vaginaalwand doorgesneden. De uterus zinkt nu over de symphysis naar beneden en scheidt zich dus door zijn gewicht van de blaas. De gezamenlijke ligaturen worden nu naar de vagina gebracht en het peritoneum met catgut gesloten.

Doyen [1]) haalt ook den uterus naar voren over de symphysis, doch begint de operatie met direct van uit de buikholte en van uit het cavum Douglasii het laquear posterius te openen en trekt met een Muzeux'sche tang de portio vaginalis in de buikholte. Zich dicht aan den cervix houdend maakt hij deze nu deels stomp deels met de schaar los,

1) Arch. prov. de chir. 1892.

onderbindt spuitende vaten en scheidt door voortdurend de portio naar achter en omhoog te trekken den uterus van de blaas. Nadat ook de voorste vaginaalwand is doorgesneden, doorsnijdt hij de ligamenta lata, waarbij de adnexa teruggelaten worden, om ze later afzonderlijk te verwijderen. De ligamenta lata worden hierbij door een assistent gecomprimeerd en worden na de verwijdering van den uterus van ligaturen voorzien. Het peritoneum wordt nu van onderen door een tabaksbuidelnaad gesloten en de buikholte dichtgenaaid.

Richelot [1]) opereert ook hier met klemmen. Hij haalt ook den uterus over de symphysis naar voren. Gaat de tumor diep in de bekkenholte, dan incideert hij den uterus verticaal en enucleëert den tumor en bloc of onder verkleining. Nu opent hij van boven af op een in de vagina gevoerden vinger het laquear anterius, brengt van boven af den wijsvinger van de linkerhand door de opening, snijdt op den vinger den vaginaalwand los en omvat met de linkerhand een ligamentum latum. Nu stoot hij daar, waar de incisie in den fornix vaginae ophoudt, een gesloten schaar door het achterste blad van het ligamentum latum en verwijdt de gemaakte opening, en brengt daarin een vinger der linkerhand. Nu schuift hij een groote klemtang van onder op tot boven aan over het ligamentum latum, lateraal van de tuba. Evenzoo handelt hij aan de andere zijde en doorsnijdt dan de achterhelft van den fornix vaginae. Hij sluit het peritoneum niet.

1) Arch. de Gyn. Mai 1895.

## Bespreking der in de Leidsche kliniek van Juni 1896—Juli 1900 geopereerde gevallen.

In deze jaren zijn in de Leidsche Gynaecologische kliniek verricht 38 operaties bij myoma uteri, 37 door Z. H. G., een door zijn assistent. Al is dit getal niet bijzonder groot te noemen, is het misschien toch niet van belang ontbloot deze verschillende operaties na te gaan en te zien, tot welke opmerkingen zij aanleiding geven.

Hierbij komen natuurlijk in aanmerking:

1. de indicaties tot operatie;
2. de operatiemethode;
3. het resultaat;
4. bijzonderheden de gevallen betreffende.

Het is mijn doel eerst 2 en 3 te bespreken, om eerst daarna de indicaties tot operatie te behandelen, daar de bespreking dezer indicaties veel gemakkelijker is, als er telkens naar de besproken gevallen verwezen kan worden.

### *Operatiemethoden.*

Van de voor myoom aangegeven operatiemethoden zijn de castratie, de arterieonderbinding en de supra-

vaginale amputatie in deze jaren te Leiden niet toegepast.

De geopereerde gevallen verdeelen zich dus over de andere groepen, en hier vallen weer verschillende groepen te onderscheiden.

*a.* myomectomien.

*b.* uterusexstirpaties.

Beide operaties dan weer of per vaginam of per laparotomiam verricht.

In het algemeen blijkt een streven om zooveel mogelijk te opereeren met behoud van den uterus en tevens om zooveel mogelijk vaginaal te opereeren.

De 38 gevallen verdeelen zich als als volgt:

*a.* myomectomiën per vaginam 10 gevallen, 9 genezen, 1 dood door acute chloroformintoxicatie;

*b.* myomectomiën per laparotomiam 2 gevallen, beide genezen;

*c.* vaginale uterusexstirpatie 16 gevallen, 1 dood door peritonitis, 15 genezen. Hierbij zijn 5 gevallen, waar eerst tot uterusexstirpatie werd overgegaan, nadat de myomectomie mislukt was.

*d.* abdominale totaalexstirpatie 10 gevallen, alle genezen; in een dezer gevallen werd eerst de vaginale exstirpatie beproefd en toen deze onmogelijk bleek, werd tot de laparotomie overgegaan.

Ik zal nu de verschillende gevallen afzonderlijk vermelden en zien, tot welke opmerkingen ze aanleiding geven, doch eerst wil ik een paar algemeene opmerkingen vooraf laten gaan.

In twee gevallen werd zonder of bijna zonder narcose

geopereerd, genarcotiseerd werd steeds met chloroform: Bij vaginale operaties werden de pubes geschoren, de genitalia externa en omgeving gewasschen met zeep en vervolgens met sublimaat, de vagina werd krachtig geirrigeerd met een carboloplossing.

Voor de laparotomie werd de buikhuid eerst gewasschen met zeep, dan met alcohol, vervolgens met sublimaat. Na sluiting der buikwond werd de buik met sublimaatoplossing schoongemaakt. Bij totaalexstirpaties werd bovendien de vagina gedesinfecteerd.

Voor desinfectie van de handen werd gebruik gemaakt van Fürbringers methode.

De instrumenten werden voor de operatie uitgekookt en in 5 °/₀ carbol zuuroplossing bewaard en òf door den operateur zelf uit den bak genomen òf door de hoofdverpleegster aangereikt, de laatste administreerde ook de draden.

Voor de sterilisatie van catgut werden allerlei methoden gebruikt, en wel verhitten tot 150°, en desinfectie in cumol, later in formol. Tegenwoordig wordt alleen zijde gebruikt, die uitgekookt wordt.

### *Vaginale enucleatie.*

Deze operatie werd toegepast in 10 gevallen en wel eenmaal voor een myomateuze polyp, 4 maal voor submuceuze of intramurale myomen, 3 maal voor cervicaalmyoom, bij een waarvan tevens een submuceus myoom werd verwijderd, eenmaal voor subsereuze myomen en eenmaal voor een myoom aan de voorzijde van den uterus,

doch nog onder de omslagsplooi van het peritoneum.

Het zijn de volgende gevallen:

I. Pat. met vergrooten knobbeligen uterus. Klacht sterke menstruatie. Portio mediaan gekliefd, tumor geenucleëerd in stukken. Genezen.

No. 151. Cursus 95/96. Dienstbode 35 j. ongehuwd.

*Diagnose.* Uterus myomatosus.

*Therapie.* Galvanisatie volgens Apostoli; vaginale myoomenucleatie.

*Cor.* Onzuivere 1ste toon aan alle ostia.

*Anamnese* 19 April 96.

Pat. komt wegens vloeiingen. Menses het eerst op 15jarigen leeftijd weinig, doch geregeld. Sinds ruim 2 jaren veel erger, doch op tijd. Als zij rust houdt, duurt de periode 5 dagen, anders tot 14 dagen. In de laatste 8 weken pijn bij de menstruatie, braken en koorts. Toen zij nog in betrekking was (sinds 1 jaar niet meer) verloor zij bij de menstruatie ook stukken, vooral bij de defaecatie. Vroeger veel fluor albus.

Mictie wat pijnlijk tijdens de menstruatie, verder normaal, ontlasting traag. Eetlust gering.

*Stat. praes.* Pat. heeft een vergrooten knobbeligen uterus.

28 April. Galvanisatie volgens Apostoli 50 m. A.

1 Mei. Menstruatie normaal.

Van af 9 Mei. Galvanisatie om de twee dagen.

25 Mei. Menstruatie, minder, doch pijnlijk.

4 Juni. Laminariastift ingebracht.

5 Juni. Nieuwe laminariastift.

6 Juni. Operatie (Prof. Veit) Narcose.

Pat. wordt in steensnedeligging gebracht, de vagina geirrigeerd

met slappe carbol, de onderzoekende vinger voelt links een myoom, waarvan ligging en insertie de operatie als gemakkelijk doen voorkomen. De portio wordt nu aan de voorzijde door een horizontale incisie omsneden, stomp wordt doorgedrongen tusschen blaas en cervix, waarbij het peritoneum niet geopend wordt, daarna wordt met een rechte schaar de portio overlangs aan de voorzijde gekliefd, zoodat de tumor gemakkelijk bereikbaar is. Hierna wordt het slijmvlies boven den tumor met den vinger geperforeerd, de tumor losgespeld en in stukken te voorschijn gehaald, daar de tangen, waarmee de tumor gegrepen wordt, uitscheuren. Geringe bloeding, klein jodoformgaastamponnetje.

7 VI. Tampon verwijderd. Pat. heeft weinig pijn, bloedt niet.

19. VI. Genezen ontslagen.

## II. Klacht: sterke menstruatie. Diagnose: Tumor in utero. Cervix mediaan geïncideerd. Tumor geënucleerd. Genezen.

N°. 171. Curs. 95/96. Winkeljuffrouw 24 j. ongehuwd.

*Diagnose.* a. Klinische: Tumor in utero (maligne?)
b. Microscopische: afgestorven fibromyoom.

*Therapie.* Enucleatio per vaginam.

20. Mei '96. *Anamnese.* Met Kerstmis '95 sterke menstruatie 21 dagen lang, pijnlijk. Arts diagnosticeerde myoom. Vroeger ook reeds menorrhagien, 14 dagen lang, met stukken er bij. Pijn bij het krijgen der menstruatie. Menses verder geregeld. Mictie en defaecatie normaal.

Pat. is tijdlang behandeld met ergotineinjecties, gestaakt wegens te groote pijnlijkheid. Ook een tijdlang behandeld met intrauterine cauterisaties, waarvan de sporen nog te voelen zijn in den vorm van litteekens aan de portio.

28 Mei. *Status praes.* Onderzoek in narcose. Uterus groot

rond glad. Uit uterus komt vuil bloed. Proefcurettement na dilatatie van het ostium.

29. V. Pat. heeft zich door woelen de kuiten verbrand aan warme kruiken. Boorzalf en zwachtels.

5. VI. Inbrengen van een laminariastift.

6. VI. *Onderzoek in narcose.* Desinfectie. Na verwijdering van de laminariastift is toch nog dilatatie met Hegarsche stiften noodig. De vinger voelt links een vrij grooten tumor met breede basis in den uteruswand. In den tumor wordt een gat geboord met de bedoeling door uteruscontracties (waartoe inf. sec. corn. $\frac{6}{200}$ per os) den tumor te laten uitdrijven.

13. VI *Operatie:* narcose, steensnedeligging, desinfectie. Portio aangehaakt. Dwarse incisie over den voorlip der portio. Stomp wordt doorgedrongen tusschen blaas en uterus, waarbij het peritoneum niet geopend werd. De uterus wordt overlangs aan de voorzijde geïncideerd; door met getande tangen den uterus steeds hooger te grijpen, kan eindelijk de tumor door de snede heen geënucleëerd worden. Door de nauwheid der vagina was de operatie zeer lastig. De uteruswond wordt met catgut gehecht, evenzoo de wond over de portio. Kleine vaginaaltampon.

15. VI. Matige temperatuursverhooging. Tampon verwijderd.

16. VI. Nog wat koorts. IJs op den buik.

27. VI. De meeste hechtingen verwijderd.

3. VII. Nog eenige draden verwijderd.

24. VII. Pat. klaagt nog iets over witten vloed.

28. VII. Bij onderzoek bleken geen hechtingen meer aanwezig te zijn. Daar ondertusschen de brandwonden ook genezen waren, wordt pat. genezen ontslagen.

III. Klacht: profuse menstruatie. Diagnose: myoma uteri. Cervix mediaan gekliefd. Getracht myoom te enucleëeren. Acute chloroformdood.

No. 195 96/97 44 jaar, gehuwd.

*Diagnose.* Myoma uteri.

*Therapie.* Enucleatio per vaginam.

2 IV. 97. *Anamnese.* Voor ± 3. j. in deze kliniek geopereerd, naar haar zeggen voor kanker? Haar eenige klacht was toen profuse hoewel regelmatige menstruatie. Duur 6 à 7 dagen. Na de operatie waren deze bezwaren verdwenen, doch sinds ongeveer een jaar langzamerhand teruggekomen. Bij iedere volgende menstruatie raakt pat. meer bloed kwijt, de laatste periode, 25 Maart geëindigd, duurde 7 dagen. Sinds een week bijna voortdurend kramp in het lijf.

Twee partus, jongste kind is 17 jaar. Kraambed steeds normaal. Geen abortus. Pollakurie, steeds een klein beetje. Defaecatie geregeld. Eetlust slecht. Vermagerd.

2. IV. 97. *Operatie.* Narcose. Desinfectie. Kogeltangen aangezet rechts en links in de voorlip en nog een in de achterlip. Hiermee wordt de uterus naar voren gehaald. Daarna wordt een snede gemaakt over den voorkant van de portio. Vaginaalwand en blaas worden teruggeschoven tot ongeveer aan de voorste peritoneaalgrens en de cervix met de schaar gekliefd. Het peritoneum wordt hierbij niet geopend. Z. H. G. ging daarop met den vinger in den uterus en vond een week groot myoom van den achterwand promineeren in de holte. Nu trachtte Z. H. G. het myoom met den vinger los te pellen voor zoover het voor den vinger toegankelijk was. Hierna wordt het met een Muzeuxsche tang gepakt en wordt getracht het te voorschijn te halen, wat bij herhaalde pogingen niet gelukt, door het uitschieten van de tang door de groote weekheid van het myoom, waardoor telkens slechts kleine stukjes meekomen. De coassistent

belast met de narcose waarschuwt nu, dat de ademhaling stokt, de pols is zeer klein. Na kunstmatige ademhaling met afhangend hoofd begint pat. weer oppervlakkig en onregelmatig te ademen, zoodat men meent met de operatie te kunnen doorgaan. Pat. wordt weer in steensnedeligging gebracht. Nauwelijks begonnen moet men weer ophouden daar pat. er zeer bleek cyanotisch uitziet en de ademhaling weer minder wordt, hoewel geen nieuwe chloroform was toegediend. Hoewel geruimen tijd kunstmatige ademhaling wordt toegepast, gelukt het niet pat. bij te brengen.

*Sectieverslag*: *Cerebrum* geen afwijkingen. *Cor* spier slap, wanddikte zeer gering, holte groot, kleur bleek, kleppen intact.

*Longen* normaal, alleen links kleine bloedingen onder de pleura.

*Buikholte* geen afwijkingen, alleen nieren groot, bloedrijk.

*Uterus* groot, week. In het laq. ant. is een wond tot aan het peritoneum, voorste cervixlip is gekliefd, bij het indringen met den vinger in de wond komt men op een weeke massa.

*Microscopisch onderzoek.* Hartspier sterk gesegmenteerd, de spiervezels zijn aan de polen der kernen licht bruingeel gekorreld.

*Lever.* Capillairendothelien vaak gezwollen, vaak ruimte tusschen leverbalken en capillairwand. Levercellen korrelig, vaak met pigmentkorrels en vetbollen.

## IV. Klacht: Profuse menstruatie. Diagnose: Cervicaal en subsereus myoom. Cervix mediaan ingeknipt. Tumor geënucleëerd. Genezen.

No. 263. Cursus 96/97 37 j. huishoudster, ongehuwd.

*Diagnose.* Fibromyomata corp. et cerv. uteri.

*Therapie.* Enucleatie van cervixmyoom per vaginam.

30. VI. 97. *Anamnese.* Menses steeds om de drie weken vrij veel. Sinds 1½ j. erger, om de 3 weken, nooit pijnlijk, soms duurde de

bloeding zoo lang, dat er geen intermenstruale periode was. Verzwakt, bleeker geworden. Geen partus. Mictie en defaecatie normaal. Pat. is behandeld met ergotineinjecties en soms getamponneerd.

*Stat. praes.* Uterus in anteflexie, links achter in den cervix een myoom te voelen, ook met de sonde duidelijk, ook nog een subsereus myoom aan den linker uterushoorn. Cervix niet voor den vinger doorgankelijk.

2 VII. *Operatie.* Narcose. Steensnedeligging. Desinfectie.

De portio wordt met twee Muzeuxsche tangen gegrepen. Incisie dwars over den voorlip van de portio en een loodrecht daarop in den vaginaalwand. Vaginaalwand afgepraepareerd, blaas teruggeschoven. Cervix aan den voorwand in de mediaanlijn ingeknipt tot door het ost. int. De vinger voelt nu het van buiten ook gevoelde myoom (links achter), dat stomp geënucleëerd wordt met behulp van vinger en Muzeuxsche tangen. Geen bloeding. De uteruswond wordt gehecht, evenzoo de vaginaalwond met zijde.

13 VII. Na geheel normaal woudverloop heden hechtingen verwijderd.

17 VII. Genezen ontslagen.

## V. Klacht: profuse menstruatie. Diagnose: Polypeus myoom en een intramuraal myoom boven in den uterus. Afsnijden van het polypeus myoom. Curettement. Genezen.

No. 192 97/98 51 j. gehuwd.

*Diagnose.* Polypus cervicis et myoma uteri.

*Therapie.* Excisie van polyp. Curettement.

7 III. 98. *Anamnese.* Sterk bloedverlies tijdens de menses sinds 12 jaar. Geen pijn. Moet er bij te bed gaan liggen. Duur 3—5 dagen. Na menstruatie duizelig en slap. 11 × zwanger, waaronder 2 abortus, laatste voor 7 j. abortus. Mictie en defaecatie normaal.

*Status praes.* Uterus vergroot in anteflexie. Rechts boven in uterus hard myoom, links uterus week. Uit ost. uteri hangt een slijmpoliep, bloeding uit den cervix.

8 III. Laminariastift ingebracht.

9 III. *Operatie.* Narcose. Desinfectie. Steensnedeligging. Laminariastift weggenomen. De uit het ost. ext. hangende poliep wordt op geleide van den vinger afgeknipt. Daarna wordt de cervix met Hegarsche dilatatoria verwijd en geconstateerd dat het tweede myoom niet in den uterus uitpuilt, maar betrekkelijk ver van het slijmvlies intramuraal zit. Daarom wordt van de enucleatie afgezien en alleen besloten tot curettement. Geen tampon.

12 III. Uterusholte met tinct. jodii behandeld.

14 III. Genezen ontslagen.

## VI. Klacht: pijnlijke menstruatie en aanhoudende pijn. Diagnose: fibromyomata uteri. Tumoren geënucleëerd, na zooveel mogelijk den uterus naar buiten gebracht te hebben. Genezen.

No. 244 97/98, 36 j. ongehuwd.

*Diagnose* fibromyomata uteri.

*Therapie.* Enucleatio per vaginam.

2 V 98. *Anamnese.* Sinds ½ j. pijn in den onderbuik, aanhoudend, doch een paar dagen voor de menstruatie erger wordend. Menses in den laatsten tijd pijnlijk, verder normaal. Mictie en defaecatie normaal. Geen partus.

*Stat. praes.* Uterus in anteflexie, grootte als een ± 6 weken zwangere uterus. Rechts naast uterus duidelijk te voelen tumoren met den uterus samenhangend, verder nog eenige kleinere niet zoo duidelijk.

9. V. *Operatie.* Narcose, steensnedeligging. Desinfectie. Wegens nauwe vulva links episiotomie. Voor- en achterlip ieder met een Muzeux-sche tang gepakt en de voorlip omsneden. Blaas en vaginaalwand worden stomp teruggeschoven en met mes en pincet het peritoneum geopend en daarna de opening stomp verwijd. Nu wordt getracht den uterus voorover te kantelen en naar buiten te halen, door de vele tumoren gelukt dit niet. De rechterwand wordt nu naar voren gedraaid en een duivenei groot myoom uit zijn kapsel geëxstirpeerd en het peritoneum over het myoombed gehecht. Na dit nog tweemaal gedaan te hebben kan de uterus naar buiten gehaald worden en kunnen de verdere myomen grootere en kleinere (8 stuks) verwijderd worden. Het peritoneum wordt telkens weer gehecht. De vaginaalwond wordt met catgut gesloten en de episiotomiewond gedeeltelijk met zijde gesloten, gedeeltelijk getamponneerd. T verband.

10. V. Tampon verwijderd, wond met zijde gesloten.

18. V. Episiotomie-wondhechtingen verwijderd.

23. V. Uterus klein, geen exsudaat, vagina nauw.

25. V. Genezen ontslagen.

## VII. Klacht: steriliteit. Diagnose: subperitoneaal fibromyoom. Operatie: Portio omsneden, blaas teruggeschoven, tumor geënucleëerd. Genezen.

No. 142. 98/99 28 j. gehuwd.

*Diagnose.* Subperitoneaal fibromyoom.

*Therapie*, excisie van myoom per vaginam. Uterusdilatatie.

10. I. 99. *Anamnese.* Komt wegens steriliteit. 2½ j. getrouwd geen kinderen. Voortdurend lendenpijn. Menses geregeld om de 3 weken. Mictie en defaecatie normaal. Pat. heeft tot voor 3 md. een pessarium gedragen.

Licht systolisch geruisch aan alle ostien.

*Status praes.* Gland. Bartholini rood, Uterus in anteflexie, tubae nor-

maal, aan den voorsten uteruswand rechts een myoom als een kleine kers. Portio normaal.

13. I. *Operatie.* Narcose steensneeligging. Desinfectie. Portio wordt met Muzeuxsche tangen aangehaakt, de vagina aan de voorzijde van de portio losgesneden en door een snede in de vagina in de lengterichting meer ruimte gemaakt. De blaas wordt stomp van den uterus losgemaakt en het myoom ter grootte van een kers, dat nog beneden den omslagsplooi van het peritoneum ligt, na splijting van den kapsel verwijderd. De peritoneaalholte is dus niet geopend. Met catguthechtingen wordt de vaginaalwond gehecht en vervolgens met Hegarsche dilatatoria de cervix verwijd. Het ost. int. was vrij nauw. Jodoformgaastampon in de vagina.

14. I. Tampon verwijderd.

20. I. Catguthechtingen zijn losgegaan en is een holte te voelen. Rust.

30. I. Holte is genezen.

1. II. Ontslagen.

## VIII. Klacht: aanhoudende vloeiing. Diagnose: myomateuse polyp. Polyp geënucleëerd. Genezen.

No. 157. Curs. 98/99 51 j. Gehuwd.

*Diagnose.* Myomateuze poliep.

*Therapie.* Enucleatie.

*Anamnese.* Pat. komt voor vloeiing, nu wit, dan weer rood, sinds 4 md. Geen pijn, geen verdere klachten. Menses ongeregeld sinds paar jaar. Ontlasting traag, mictie normaal, 8 normale partus.

*Stat. praes.* In de vagina hangt een poliep ter grootte van een peer, die met een steel zich door de portio naar binnen in den uterus voortzet. Sterke bloeding. Tamponnade der vagina met jodoformgaas.

21. I. *Operatie.* Narcose, steensnedeligging. Desinfectie. Dicht bij den steel wordt de kapsel van de poliep gespleten en het bovenste stuk van den tumor uit den omringenden kapsel losgepeld en zoo de tumor verwijderd. Het bovenste stuk van den kapsel blijft met den steel terug. Bij digitaal onderzoek blijkt de steel van den rechterkant van den uterus uit te gaan. Jodoformgaastampon in de vagina.

22. I. Tampon verwijderd.

28. I. Genezen ontslagen.

## IX. Klacht: aanhoudende vloeiing. Diagnose: Intracervicale, intrauterine en intramurale myomen.

Cervix beiderzijds ingeknipt, en myomen geenucleëerd uterusbloeding, waarvoor tamponnade.

Post operat. verschijnselen van pyaemie. Genezen.

No. 298. Cursus 98/99. Werkster ongehuwd.

*Diagnose.* Intracervicale, intrauterine en intramurale myomen. Genezen pyaemie.

*Therapie.* Verwijdering der intracervicale en intrauterine myomen per vaginam.

28. VI. 99. *Anamnese.* Sinds $\frac{1}{2}$ j. last van vloeiïngen, sinds 14 dagen pijn links in den buik. Menses meestal ruim en langdurig, nu sinds $\frac{1}{2}$ j. aanhoudende vloeiïng. Verzwakt, vermagerd, veel hoofdpijn. Ontlasting traag. Mictie normaal.

29. VI. *Narcose* en Demonstratie gedurende een vacantiecursus. Uterus sterk vergroot. Met vinger door het ost. ext. gaande, komt men dadelijk tegen een tumor, die voor een week myoom imponeert. Rechts in den buik is nog een tumor, die subsereus zittend aanvoelt. Wegens het voortdurend bloedverlies wordt besloten het cervicaal myoom te verwijderen.

*Operatie.* Steensnedelegging. Desinfectie. De portio wordt naar be-

neden getrokken met Muzeuxsche tangen, de cervix rechts en links ingeknipt. De tumor wordt met Muzeuxsche tangen gepakt, waarmee het na veel moeite gelukt hem naar buiten te krijgen, daar door de weekheid van den tumor de tangen telkens uitscheuren. Met den vinger in de uterusholte gaande voelt Z. H. G. nog een myoom, dat hij lospelt en daarna eveneens met Muzeuxsche tangen naar buiten haalt. Nu is er nog een intramuraal myoom aanwezig, dat teruggelaten wordt. Wegens de nu optredende bloeding wordt de uterus met jodoformgaas getamponneerd, nadat de incisies in den cervix met catgut zijn gehecht (kumolcatgut). 's Middags tampon verwijderd, daar pat. hoog koortst.

1. VII. Temp. normaal. Beginnende decubitus. Liggingwisseling. Kamferzalf.

4. VII. Temp., die steeds wat hoog was, wordt beter. Euphorie.

5. VII. Temp. 's morgens 39°. Pols langzaam.

9 VII. Laatste dagen intermitteerende koorts, soms boven 41°. Uterus wordt doorgespoeld met $\frac{1}{3000}$ sublimaat. Pols blijft goed.

10 VII. Weer twee koude rillingen. Temp. boven 41°.

13 VII. Temp. normaal.

15 VII. 's Nachts weer koude rilling en temperatuursverhooging. Uterus uitgespoeld met $\frac{1}{3000}$ sublimaat.

17 VII. Temp. was weer normaal. 's Middags weer koude rilling, temp. 41°. Dagelijksche uterus irrigaties. Credé zalf.

19 VII. 1 Gr. sulf. chinini de die. Geen uterusirrigatie.

20 VII. Uterus irrigatie. Pat. braakt (chinine?), tong droog.

22 VII. Temp. bij intervallen nog hoog, geen koude rillingen meer. Pat. voelt zich beter, eet beter. Decubitus aan het sacrum Ung. basilicum.

28 VII. Een gangraeneus gedeelte van de decubitusplek heeft zich afgestooten, wond nu nog oppervlakkig, ziet er goed uit. Heden morgen plotseling weer temp. verhoogd. Geen koude rilling. Pat. voelt zich goed.

31 VII. Pat. braakt veel. Aanleiding onbekend.

3 VIII. Geen chinine meer.

7 VIII. Vannacht weer koude rilling. Sulf. chinini 1 Gr. de die.

17 VIII. Geen chinine meer. Pat. hoest veel, expectoreert tamelijk moeielijk. Expectorans.

21 VIII. Hoesten minder, moeilijk opgebracht wat purulent sputum.

23 VIII. Blijft opgeven. Aan cor systolisch fremissement voelbaar, systolisch geruisch 2de pulm. toon weinig versterkt.

Longen: diffuse snorrende vochtige rhonchie over beide zijden.

26 VIII. Sputa minder purulent.

7 IX. Genezen ontslagen.

X. Klacht: soms profuse menstruatie. Retentio urinae Diagnose: myoma cervicis.

Op tumor geïncideerd, tumor geënucleëerd, in stukken verwijderd. Genezen.

No. 259. Cursus 99/1900 48 j. gehuwd.

*Diagnose.* Myoma cervicis.

*Therapie.* Enucleatio per vaginam.

2 V 1900. *Anamnese*: komt hier op raad van dokter, die haar voor twee dagen catheteriseerde wegens kramp en onmogelijkheid tot urineeren. Pat. vloeit van den dag daaraan voorafgaand. Verliest daarbij veel bloed. Voor 2 à 3 jaren verloor pat. zonder verdere bezwaren plotseling een massa bloed. 3 partus alle normaal. Menses normaal, in den laatsten tijd iets meer profuus. Mictie: reeds meerdere malen kramp en retentio urinae bij het begin der menstruatie. Ontlasting normaal.

4. V. *Stat. praes.* Cervix staat dicht achter de symphysis. Daarachter ligt de tumor, ter grootte van een 3 à 4 maanden zwangeren uterus, dus meer dan kinderhoofd groot. Ostium externum open voor vinger.

Voorste cervixwand scherp, dun, gerekt. Achterste lip is nog even te voelen en gaat onmiddellijk breed over in den tumor, die in de achterste lip ligt. Tumor is hard. Daarboven ligt corpus uteri in anteflexie. Adnexa niet te voelen.

*Operatie.* Onderzocht in de kliniek met gedesinfecteerde handen, daarna narcose, desinfectie der genitalia ext. Tumor wordt blootgelegd in het speculum en met een bistouri in verticale richting op den tumor geincideerd. De vaginaalwand wordt grootendeels stomp teruggepraepareerd om het myoom zoo los te pellen. Met Muzeuxsche tangen wordt het myoom naar buiten getrokken, waarbij telkens stukken afgerukt worden. Eindelijk gelukt het den tumor zeer gehavend naar buiten te krijgen. Een groote holte blijft over. Bloedverlies gering. De holte wordt vast met jodoformgaas getamponneerd, de bloeding staat. Het blijkt dat de peritoneaalholte niet geopend is, het myoom lag alleen in den cervicaalwand.

5. V. Geen spontane mictie. Temp. wat verhoogd, daarom tampon verwijderd.

6. V. Temp. gedaald, Veel flatus, pols irregulair, inaequaal intermitteerend. Pat. heeft geen klachten.

10. V. De holte is veel kleiner geworden. Uterus ligt in retroflectie. Bloedig slijmerig secreet. Pols goed, temperatuur normaal.

17. V. Holte wordt langzamerhand kleiner, uitspoelingen met 1 $^0/_{00}$ sublimaat.

19. V. Portio vaginalis heeft zich goed gevormd, de incisie verloopt nu als een dwarse streep, niettegenstaande zij verticaal is gemaakt. Uterus naar achteren, geen exsudaat. Genezen ontslagen.

## *Operatiemethode.*

*Polyp:* Deze werd verwijderd na splijting van den kapsel dicht bij den steel. Geeft overigens tot geen opmerkingen aanleiding.

*Intrauterine myomen.* Behalve in geval V waar na excisie van een slijmpoliep en dilatatie van den uterus met Hegarsche dilatatoria getracht werd met den vinger den fundus uteri te bereiken en het myoom los te pellen en toen dit wegens de intramurale zitplaats van den tumor mislukte, alleen curettement werd verricht, werd geopereerd naar de volgende methode: In steensnedeligging werd na narcose en desinfectie en na invoering van een paar Simonsche specula de portio met Muzeuxsche tangen naar voren getrokken en voor de voorlip de vagina door een dwarse incisie geïncideerd. Hierna worden vaginaalwand en blaas stomp teruggeschoven, waarbij het peritoneum ongeopend wordt gelaten, de portio wordt aan de voorzijde overlangs gekliefd met een schaar en de tumor uit zijn kapsel losgespeld en verwijderd in stukken of in zijn geheel, waarop de uterus en vaginaalwonden worden gehecht en de vagina getamponneerd.

*Subsereuze myomen.* Bij de 2 operaties voor subsereuze myomen werd op dezelfde wijze begonnen. Na terugschuiving der blaas werd in geval VII het myoom dat nog onder de omslagplooi van het peritoneum lag, dadelijk verwijderd. In het tweede geval, geval VI, werd het peritoneum geopend en getracht den uterus naar buiten te brengen (methode Dürhrssen), wat eerst na exstirpatie van een paar myomen gelukte. Hierna werden de overige geëxtirpeerd, bij alle het peritoneum gehecht, de uterus gereponeerd en de vaginaalwond gesloten.

*Cervicaalmyomen.* Hierbij werd naar omstandigheden of de cervix naar weerszijden ingeknipt of direct op den tumor geincideerd, of geheel als voor de intrauterine tumoren beschreven te werk gegaan.

*Enucleatio per laparotomiam.*

Deze operatie werd slechts in twee gevallen verricht, beide voor subsereuse myomen. Het eerste geval was voor een kleinen tumor bij een gravida, bij het tweede had de groote tumor met harde en fluctueerende gedeelten aanleiding gegeven, de diagnose op een cystoma ovarii te stellen, waar bij de operatie een subsereus cysteus gedegenereerd fibromyoom bleek aanwezig te zijn.

Het zijn de beide volgende gevallen:

XI. Klacht: Pijn, profuse menses. Diagnose: subsereus gesteeld uterusmyoom tijdens de graviditeit. Steeldraaiing.

Myoom per laparatomiam naar buiten gehaald, steel onderbonden en afgesneden. Genezen. Partus à terme normaal.

No. 249. Cursus 96/97 42 j. gehuwd.

*Diagnose.* Myoma uteri, graviditeit.

*Therapie.* Laparotomie.

11. VI. 97. *Anamnese.* Sinds 4 weken pijn in de zij, laatste 3 weken erger, zwak geworden, gauw moe. Menses meest om de 3 weken, ± 8 dagen lang, profuus, 2 jaar getrouwd, laatste menses in Februari. Ontlasting traag, mictie normaal.

*Stat. praesens.* Gravide uterus, tumor rechts, bewegelijken steel te voelen. In de vagina groot myoom te palpeeren voor het kind.

15. VI. *Operatie.* Narcose. Desinfectie. Incisie iets boven en beneden den navel, rechts. Myoom te voorschijn gehaald, onderbindingsnaald met catgut door den reeds getordeerden steel gehaald, steel afgebonden, myoom afgesneden, peritoneaalbekleeding van het myoom door catgut-hechtingen gehecht. Buikwond met zijden hechtingen (door alle lagen) gesloten na aparte doorloopende catgutnaad voor de fascia. Myoom zat rechts voor van den fundus uteri.

24. VI. Hechtingen verwijderd.

1. VII. Bij onderzoek per vaginam is nu het groot myoom in het bekken noch te palpeeren, noch op te duwen. Pat. mag naar huis, moet zich af en toe vertoonen en terstond komen als zij pijn heeft.

Thuis nog eenmaal gebloed. Hield op bij bedrust en opium.

Pat. is later à terme in de kliniek spontaan bevallen.

XII. Klacht: Pijn bij menstruatie, opzetting van den buik. Diagnose: Cystoma ovarii sinistri. P. o. cysteus gedegenereerd subsereus fibromyoom.

Laparotomie: Tumor te voorschijn gehaald. Steel onderbonden en afgesneden. Genezen.

No. 121. Cursus 98/99 42 j. ongehuwd.

*Diagnose.* Cystoma ovarii sinistri, post. oper. cysteus gedegenereerd subsereus fibromyoom.

*Therapie.* Laparotomie.

16. VII. 98. *Anamnese.* Sinds ± 15 j. prolaps, voor ± 6 j. hiervoor geopereerd, na dien tijd pijn bij de menstruatie, 2 jaar post oper. recidief. Sinds 6 weken buik dik, wordt erger, geen pijn. Menses normaal, 1 partus in 1882. Functies normaal. Veel hoofdpijn.

*Stat. praes.* Buik gelijkmatig opgezet, ook in de zijvlakten, navel verstreken. Striae. Fluctuatie. Dofheidsgrens bij percussie tusschen navel en proc. xiphoïdeus convex naar boven, onveranderlijk bij liggingsverandering.

Onderzoek in narcose. Uterus in anteflexie en naar rechts. Boven de symphysis zijn uitwendig in den tumor harde platte gedeelten te voelen. Bij aantrekken der portio met een Muzeuxsche tang is per rectum een streng te voelen gaande van den linker uterushoorn naar den tumor. Tumor reikt tot over den navel, fluctueert sterk.

*Operatie.* Desinfectie. Huidsnee in de linea alba tusschen symphysis en navel ± 12 cM. lang. Buikwand laagsgewijs gekliefd, peritoneum geopend en de vrouw daarna met het bekken hooggelegd. De opening in het peritoneum wordt stomp verwijd, waarop de tumor zichtbaar wordt. Deze wordt met een Muzeuxsche tang gepakt en met het mes geopend, waarop een groote massa heldergeel sereus vocht afloopt. De wand wordt daarop naar buiten gehaald, hierbij blijkt het onderste deel van den wand sterk verdikt en met een korten breeden steel aan den uterus verbonden te zijn. Van een andere plaats van den wand loopt een dunne streng naar de tuba. Deze streng wordt doorgesneden, de korte steel met zijde onderbonden en vlak langs den uterus afgesneden. Hierdoor ontstaat een wondvlakte aan den uteruswand, die vrij sterk bloedt. De wond wordt met catguthechtingen gesloten, de uterus gereponeerd en de buikwond met diepe en oppervlakkige zijden hechtingen gesloten. Jodoformgaasverband.

17. en 18. XII. Gecatheteriseerd.

20. XII. Ontlasting. Tot heden geringe koorts, tot 38. 4°.

21. XII. Op afstand hoorbare rhonchi. Hoest niet. Iets hooger gelegd.

25. XII. Hechtingen verwijderd. Wond ziet er goed uit.

3. I. Temp. 38. 8°.

8. I. Genezen ontslagen.

*Operatiemethode.*

In beide gevallen werd na opening van den buik de tumor naar buiten gehaald, in het tweede geval eerst na ontlasting van den inhoud, en de steel onderbonden. Na verwijdering van den tumor wordt de peritonaalwond gesloten, de uterus zoo noodig gereponeerd en de buikwond gesloten.

*Vaginale uterusexstirpaties.*

Deze zijn in de besproken jaren 16 maal verricht. In 9 gevallen bestond dadelijk het plan den uterus te exstirpeeren, in 5 werd hiertoe eerst besloten nadat pogingen tot myomectomie mislukt waren of er een te veel gemutileerde uterus daarvan was achtergebleven, in 2 gevallen werd tijdens de operatie zonder pogingen tot myomectomie tot uterusexstirpatie besloten. Het zijn de volgende gevallen:

XIII. Klacht: Pijn, frequente mictie, ongeregelde menstruatie. Diagnose: Hypertrophia uteri? Uterus myomatosus?

Portio omsneden, uterus naar buiten gebracht. Ligamenta lata afgebonden, uterus verwijderd. Paar dagen post. oper. pijn in den buik, buik opgezet, geen ontlasting. Exitus. Sectie: Peritonitis.

N°. 58. Cursus 96/97 46 jaar gehuwd.

*Diagnose.* Hypertrophia uteri, Uterus myomatosus.

*Therapie.* Uterus irrigaties met 1°/₀ carbol. 26/5 97 uterusexstirpatie.

25 X 96. *Anamnese.* Vroeger hier opgenomen met vage klachten. Nu weer.

Dilatatie met Hegarsche stiften en laminaria ingebracht.

26. X. Narcose, laminariastift verwijderd, uterus verder verwijd. Uterus algemeen verdikt, geen bepaalde myomen te voelen. Cervix bevat sterke litteekens. Aan de portio groote erosies, klein stuk uitgesneden tot onderzoek. Geen therapie.

30. X. Portiopraeparaat toont geen maligniteit. Uterusirrigaties met slappe carboloplossing dagelijks.

10. XI. Wijl uterus gedurig in retroflexie valt. Thomaspessarium ingebracht en 11 XI pat. daarmee ontslagen.

25. V. 97. Pat. komt terug met klachten over pijn. Menses in den laatsten tijd ongeregeld, sterk, met veel pijn. Mictie frequent. Ontlasting hard. Met het oog op de sterke vergrooting van den uterus en de toename van de menstruatie en op de vergeefsche abrasio wordt besloten radikaal te werk te gaan.

26. V. 97. *Operatie.* Narcose. Steensnedeligging. Desinfectie. Portio aangehaakt en omsneden, links uterina onderbonden.

Blaas met vaginaalwand teruggeschoven, peritoneum aan de voorzijde geopend, uterus met Muzeux'sche tangen steeds hooger gepakt en de fundus naar buiten gebracht. Links adnexa in samenhang met uterus van den breeden band afgebonden en losgesneden, daarna rechts. Nu geprobeerd of van boven naar beneden de uterus kon worden vrijgemaakt van den breeden band; de bloeding, die herhaaldelijk uit een aantal groote vaatstammen hevig maar kort optrad, dwong om weer van onder uit te beginnen. Links werd dus van beneden af de breede band afgesneden (bij onderbonden uterina) en zoo de uterus vrijgemaakt, later rechts na onderbinding van de uterina hetzelfde. De stompen van de adnexa (lig. ovarico-pelvica) werden aan de vagina vastgenaaid. Onderbindingen en omstekingen alles met catgut, de bloeding was ten slotte onbeteekenend. Geen tampon noodig. Rechter adnexa niet verwijderd. Zandzak op den buik.

Paar uur post oper. pols goed, bloeding per vaginam iets meer dan gewoonlijk, maar niet verontrustend.

27. V. Pols frequent, klein. Geen bloeding. Katheterismus. Tong gedesquameeerd, droog.

28. V. Katheterismus. Pijn in het lijf. Een zandzak weg. Geringe bloeding.

29. V. Flatus, nog geen ontlasting. Coniunctivae geel gekleurd.

30. V. Veel pijn, darmlissen sterk gespannen door slappen buikwand te voelen. IJs op den buik. Pols wordt zwakker en frequenter, pat. schreeuwt soms van de pijn, is dan weer somnolent. Flatus gaan af, geen ontlasting, hoewel pat. ol. ricini en een glycerinespuitje heeft gehad. Braakt niet. 's Avonds onderzoek per vaginam: Groote hoeveelheid vuil bruin stinkend vocht uit de onvoldoende drainage opening der vagina ontlast. Om het half uur kamferoliespuitje, half twee 's nachts exitus.

*Sectie.* Cerebrum, cor, pulmones normaal.

*Buikholte.* Alle organen bruinrood en bruingroen van kleur door gedecomponeerd bloed. In de buikholte smerige bruine vloeistof, op darmen fibrinebeslagen. Buikholte ziet sterk rottend uit. Peritoneum broos, veel stank en vuiligheid. Milt klein, vast. In maagwand een gethromboseerde vena. Lever slap, week, kapsel vuil van kleur. Nierkapsel verkleurd. Geen uterus, aan beide zijden stompen van afgebonden ligamenta lata. Stompen necrotisch. Levende gedeelte niet slecht uitziend. In cavum Douglasii veel vuile beslagen en verkleuringen. Mucosa van geheele colon koolzwart. Dunne darm normaal.

## Epikrise.

Hoewel er bij deze patiente geen myoom aanwezig bleek te zijn, doch alleen een algemeene hypertrophie met zware verschijnselen, heb ik het geval toch hier medegedeeld, omdat het het eenige geval van dien aard is, dat in de kliniek is voorgekomen en omdat juist

deze patient stierf. Men kon anders mij verwijten, dat ik de statistiek zonder grond had zoeken te verfraaien.

## XIV. Klacht: aanhoudende vloeiing, pijnlijke mictie. Diagnose: Fibromyomata uteri. Vaginale uterusexstirpatie. Genezen met ureterfistel.

N°. 104. Cursus 96/97. 45 j. gehuwd.

*Diagnose.* Fibromyomata uteri.

*Therapie.* Vaginale uterusexstirpatie.

17 XII. 96. *Anamnese.* Komt voor aanhoudende vloeiïngen en pijn aan de genitalia en wel sinds 2 jaar. Vroeger menses normaal. 7 partus, waaronder 3 abortus. Niet meer zwanger na 28ste jaar. Mictie pijnlijk. Ontlasting geregeld.

*Stat. praes.* Onderzoek in narcose. Uterus matig vergroot. Rechts naast uterus groote ronde tumor, achter evenzoo, links ook tumor, alles moeielijk van uterus af te grenzen; tumoren hard, strekken zich niet boven den bekkeningang uit.

19 XII. *Operatie.* Narcose. Steensnedeligging. Desinfectie. Na instellen der portio wordt deze met Muzeux'sche tangen naar beneden getrokken en de incisie gemaakt door het vaginaalslijmvlies voor de portio en ook zijdelings van de portio. De vaginaalwand wordt stomp losgepraepareerd, de blaas teruggeschoven, het peritoneum aan de voorzijde geopend en getracht tumor en uterus naar buiten te halen, wat mislukt. Nu wordt het cavum Douglasii geopend en de tumor uit adhaesies losgepeld. De pogingen om uterus en tumor zonder eenige onderbinding naar buiten te halen moeten worden gestaakt wegens gebrek aan ruimte. Hierom zijdelings eerst links van onder uit, later rechts van boven uit de ligamenta lata de en adnexa afgebonden en afgesneden; daarop wordt de uterus met de tumoren naar buiten gehaald. De bloeding was moeielijk te stelpen, maar het gelukte. Het bloedde nog eenigen tijd na inbrengen van een jodoformgaastampon. Zandzak op den buik.

25. XII. '96. Verpleegster meent, dat er urine onwillekeurig afloopt, wijl pat. soms zoo nat is en er zooveel vocht in de doeken zit.

5. I. '97. Melk met boorwater in de blaas gespoten, komt in de vagina niet te voorschijn.

9. I. Onderzoek in narcose. Necrotisch weefsel verwijderd. Geen fistel te vinden.

11. I. Twee nachten droog gebleven. Alleen overdag een weinig urine in de doeken.

15. I. Ontslagen.

10. II. Komt terug omdat meer urine afloopt dan vroeger, behalve spontane urineloozing. In de polikliniek sonde door de blaas in den linker ureter gebracht (Z. H. G.) en een in de vagina, deze kunnen tegen elkaar gebracht worden door de fistelopening.

12. II. Melk met boorwater in de blaas gespoten, komt niet in de vagina. Urine blijft helder afdruppelen.

*Narcose.* Fistel in een speculum ingesteld. Onder de operatie blijkt het door litteekenvorming onmogelijk den ureter te isoleeren en in de blaas te implanteeren. Besloten wordt de operatie later op een andere wijze voort te zetten.

16 II. Operatie uitgesteld, daar patiente sterk hoest.

18 II. Operatie door echtgenoot van patiente niet gewenscht. Daarom met fistel ontslagen.

## XV. Klacht: aanhoudende vloeiingen. Pijn. Diagnose: uterus myomatosus.

## Vaginale uterusexstirpatie. Tijdens reconvalescentie pneumonie. Genezen.

No. 179. Cursus 96/97. 49 jaar oud, gehuwd.

*Diagnose.* Uterus myomatosus.

*Therapie.* Exstirpatio uteri vaginalis.

20 III. 97. *Anamnese.* Sinds 10 jaar veel last van pijn in de lenden.

Voor 5 jaar hiervoor op de geneeskundige polikliniek geweest. Laatste 4 maanden bedlegerig door de pijn. Sinds 3 maanden heftige vloeiing, aanhoudend, vaak met donkere stukken. Vroeger menses geregeld, doch hevig, soms tot 9 dagen. Vroeger soms fluor albus. 5 partus, geen abortus. Voor 4 jaar 2de huwelijk. Kinderloos. Ontlasting hard.

*Stat. praes.* Komt op de kliniek sterk bloedend uit de genitalia. Pols klein, week, frequent, buik bij betasting pijnlijk, met sporen van subcutane injecties. Inwendig onderzoek: harde aan het ostium ongelijke portio, ostium externum even geopend, uterus bewegelijk, groot, hard, in retroflexie. Geen adnextumoren gevoeld. Voorzoover uit niet volkomen te doen onderzoek blijkt, parametria vrij.

24 III. 97. *Operatie.* Gewone voorbereiding. Narcose. Portio met Muzeux'sche tangen naar beneden getrokken en gefixeerd. Aan de voorkant dwarsincisie der vagina voor de portio, vaginaalwand stomp losgemaakt, blaas teruggeschoven. Cervix aan de voorzijde in de mediaanlijn opengeknipt. Met vinger in uterusholte niets van malignen aard gevoeld.

Bij nu volgend bimanueel onderzoek wordt behalve algemeene verdikking van den uterus rechts van den fundus een oneffenheid gevonden, die als myoom gediagnosticeerd wordt. Om deze afwijkingen, in verband met de hardnekkige vloeiing en den leeftijd, wordt tot uterusexstirpatie besloten.

De portio wordt nu ook aan de achterzijde omsneden zoodat de portio nu geheel omsneden is en ook hier wordt vaginaalwand een eind stomp losgemaakt. Nu wordt het cavum Douglasii geopend, met de hand wordt de uterus naar beneden getrokken en met Muzeux'sche tangen verder gefixeerd, waarop de specula worden weggenomen. Hierna wordt eerst de uterina rechts, dan links, daarna de ligamenta lata rechts van onder op, vervolgens links van boven af stomp onderbonden, beiderzijds in drie partijen met catgut en telkens na de onderbinding afgeknipt. Beiderzijds wordt een hechting door het

laterale einde der ligamenta lata en het vaginaalslijmvlies gebracht, zoodat de ligamenta in de vagina gefixeerd zijn. De nu geheel vrije uterus wordt verwijderd. Zandzak op den buik. Geen vaginaaltampon.

26 III. Patiente hoest sterk. Bovenlijf hooger gelegd. Pulvis Doveri.

27 III. Links onder achter sterk bronchiaalademen en percutorisch demping, ademgeruisch zwak. Inf. senegae met spir. ammoniae anis. Respiratiefrequentie 34 p. min.

4. IV. Rechts achter nog demping en fijne rhonchi, links bronchiaalademen.

7. IV. Hoest veel, geeft veel op.

14. IV. Hoest minder. Links achter nog demping met bronchiaalademen.

17. IV. Genezen ontslagen.

XVI. Klacht: Pijn. Retentio urinae. Diagnose: myomata uteri. Portio voor omsneden, achter myoom geënucleëerd. Uterus daarbij sterk gelaedeerd, daarom uterus verwijderd, licht parametritisch exsudaat. Genezen.

No. 200. 96/97. 36 jaar, gehuwd.

*Diagnose.* Myomata uteri.

*Therapie.* Exstirpatio uteri vaginalis.

9 IV 97. *Anamnese.* 11 jaren gehuwd, nullipara. Voor 1½ jaar pijn in romp en ledematen. Na ruime ontlasting beter. Hierna echter steeds pijnen in beenen, lendenen en buik, vooral rechts hoofdpijn. Menses normaal, laatste echter pijnlijk en profuser dan normaal. Soms gekatheriseerd voor retentio urinae. Ontlasting traag.

*Stat. praes.* Onderzoek in narcose. In laquear posterius is een harde, ruim vuistgroote tumor te voelen met hobbelig glad oppervlak, die boven de symphysis uitkomt. De uterus ligt links naar voren van den tumor, is er niet van te scheiden. Adnexa niet te palpeeren.

12 IV. *Operatie.* Narcose. Steensneeligging. Desinfectie. Portio in het speculum aangehaakt met Muzeux'sche tangen, aan voor- en rechterzij omsneden, vaginaalwand met de blaas stomp teruggeschoven. Rechts twee stompe ligaturen om de basis van het ligamentum latum gelegd, om de uterina te pakken, die echter later blijkt niet gevat te zijn. Nu wordt met den vinger een myoom van den achterwand zooveel mogelijk losgepeld en met tal van Muzeux'sche tangen herhaaldelijk vergeefs getracht den tumor naar buiten te brengen, de tangen scheuren door. Ten slotte komt toch de tumor naar buiten, maar het blijkt dat men een sonde in de uterusholte gebracht in de wonde kan zien bewegen, waaruit blijkt dat de uterusholte ook geopend is en de uterus niet behouden blijven kan, en dus wordt tot totaalexstirpatie besloten; de ligamenta lata worden weer opgezocht en rechts het eerst afgebonden met hechtingen en onderbindingen (alles catgut). Hierop wordt links de vagina, voor zoover die nog aan de portio zat, losgemaakt, de ligam. lata links onderbonden en de stomp beiderzijds aan den achtersten vaginaalwand gefixeerd, de betrekkelijk geringe bloeding bleek overal gestelpt. Kleine jodoformgaastampon. Zandzak op buik. Operatie duurde een uur.

14. IV. Katheterisatie.

15. IV. Spontane mictie.

21. IV. Sinds 17 IV temperatuur verhoogd. Geen percutorische of auscultatorische afwijkingen.

30. IV. Sedert enkele dagen is de temperatuurs-verhooging verdwenen, patient voelt zich goed. In linker parametrium exsudaat gevoeld, dat koorts verklaart.

1. V. Ontslagen.

XVII. Klacht: Pijnlijke profuse menstruatie. Pijnlijke mictie. Diagnose: myoma uteri.

Achterlip omsneden. Vergeefs getracht tumor te enu-

cleëeren. Portio geheel omsneden. Vaginale uterus exstirpatie. Genezen.

No. 185. Cursus 97/98 43 jaar gehuwd.

*Diagnose.* Myoma uteri.

*Therapie.* Exstirpatio uteri vaginalis.

23 II. *Anamnese.* Sinds 8 jaar tijdens menses pijn in den buik. Sinds 1 jaar aanhoudend pijn, bij menses toenemend. Veel aandrang tot wateren en pijn op het eind der mictie. Sinds 1 jaar veel bloedverlies bij de menstruatie, 9 jaar getrouwd, geen partus. Pijn bij het wateren reeds 15 jaar.

Linker nierstreek pijnlijk bij druk. Urine bevat 1½ ‰ eiwit (Esbach) Alkalisch. S. G. 1013, bevat leucocyten en enkele chromocyten en blaasepitheliën.

25 II. *Onderzoek in narcose.* Links op den uterus kippeneigroote tumor. Linker ovarium niet te voelen, rechts wel. Chronische urethritis. Onderzoek moeilijk door vetten buikwand.

26 II. Urethra behandeld met protargol.

2 III. *Operatie.* Narcose. Steensnedeligging. Desinfectie. Achterlip van de portio met een Muzeux'sche tang gepakt, uterus naar beneden getrokken. Achterlip omsneden. Nu stomp doorgedrongen tot in het cavum Douglasii en dit geopend, de tumor met Muzeux'sche tangen gepakt en met moeite naar buiten gehaald. Hierbij kwam eenig oud bloed voor den dag. Het blijkt onmogelijk het myoom te enucleëeren, daarom wordt tot uterus-exstirpatie besloten. Portio aan de voorzijde omsneden, vagina en blaas stomp teruggeschoven, peritoneum aan de voorzijde geopend op geleide van een in het cavum Douglasii ingevoerden vinger. Nu rechts het ligamentum latum van boven af met catgut onderbonden, de stomp gehecht aan den achtersten vaginaalwand en afgesneden. Evenzoo links, waarna de uterus wordt verwijderd. Hierna wordt links nog door omsteking een arterieele bloeding

gestelpt, later ook rechts nog op het gevoel een hechting gelegd in het ligamentum latum. Een jodoformgaastamponnetje, dat voor het te voorschijn brengen van den tumor in het cavum Douglasii was gebracht, om de darmen terug te houden, wordt nu verwijderd en door een grooteren jodoformgaastampon vervangen.

De tumor zit in den achterwand van den uterus, heeft een grootte als van een kleinen aardappel. De uterus was iets naar voren getordeerd zoodat het myoom van den achterwand links naar voor kwam te liggen.

24. III. Reconvalescentie ongestoord. Zonder klachten ontslagen. Urine bevat nog albumen.

## XVIII. Klacht: Pijnlijke profuse menstruatie. Diagnose: myoma uteri.

## Vóór wordt het peritoneum geopend en getracht de uterus naar buiten te halen; dit mislukt. Daarom vaginale uterusexstirpatie. Geringe koorts. Genezen.

No. 257. Cursus 97/98. 29 jaar oud, gehuwd.

*Diagnose.* Myoma uteri.

*Therapie.* Exstirpatio uteri vaginalis.

18 V. 1898. *Anamnese.* Sinds 2 jaar pijn één dag voor en tijdens de menstruatie. Menses langdurig (10 dagen), hoogstens om de drie weken, profuus. Geen partus of abortus. Ontlasting ongeregeld.

20 V. *Onderzoek in narcose.* Uterus in anteflexie, vergroot, rechts in den wand harde eigroote tumor, imponeerend voor een myoom.

*Operatie.* Desinfectie. Steensnedelegging. Beide lippen der portio met Muzeux'sche tangen aangehaakt en naar buiten getrokken. Voorlip omsneden, blaas en vaginaalwand stomp teruggeschoven en het peritoneum geopend. Nu wordt door den uterus telkens hooger aan te pakken getracht het corpus uteri naar buiten te halen. Dit gelukt

niet door de grootte van den tumor. Nu wordt het cavum Douglasii geopend na omsnijding van de achterlip, hierna onderbinding van het onderste deel van het rechter ligamentum latum, dit wordt doorgeknipt mediaan van de ligatuur. De zijden ligatuur glijdt af en de spuitende vaten worden met Péansche pincetten gepakt en onderbonden. Het gelukt nog niet den uterus ver genoeg naar buiten te halen, de weefsels scheuren telkens door. Het rechter ligam. latum wordt nu in tweeën onderbonden en doorgesneden. De uterus is nu rechts geheel los en het gelukt met zeer veel moeite hem naar buiten te halen. Nu blijkt het myoom door den geheelen wand te zijn gegroeid en wordt tot exstirpatie van den uterus besloten. Van boven af wordt nu links het ligam. latum naast den uterus in drieën onderbonden en successievelijk op geleide van den vinger doorgeknipt en de nu geheel vrije uterus verwijderd. De ligamentstompen worden met een paar hechtingen aan den vaginaalwand gehecht. Jodoformgaastampon. T-verband.

30 V. Draden verwijderd.

3 VI. Pijn rechts in den buik. In de ileo-coecaalstreek harde zwelling pijnlijk bij palpatie. IJszak.

4 en 5 VI. Neusbloeding.

8 VI. Zwelling minder pijnlijk. Vrij sterke secretie uit de vagina.

13 VI. Geen pijn bij druk, zwelling weer wat minder.

20 VI. Zonder klachten ontslagen.

Pat. heeft enkele dagen onregelmatig intermitteerend gefebriciteerd, hoogste temperatuur 39°.

XIX. Klacht: Profuse menstruatie. Diagnose: fibromyomata uteri. Portio omlaag getrokken, omsneden. Myoom geënucleëerd en verwijderd. Uterus vaginaal geëxstirpeerd. Genezen.

XIX. No. 1. Cursus 98/99 48 jaar gehuwd.

*Diagnose.* Fibromyomata uteri.

*Therapie.* Vaginale exstirpatie van uterus en adnexa.

1. VII. '98. *Anamnese.* Sinds 2 jaar vloeiingen om de 3 weken, duren ± 10 dagen, vroeger steeds menses geregeld. 6 partus, laatste voor 7 jaar. Functies normaal.

2de pulm. toon versterkt, blazende systolische geruischen.

2. VII. *Stat. praes.* Portio rechts boven vlak achter de symphysis. Uterus ligt iets naar links. Links onder uterus rij van groote harde tumoren die naar hun consistentie den indruk van myomen maken. Hbgehalte (Gowers) 25%.

4. VII. *Operatie.* Injectie van 0.020 Gr. mur. morphini. Desinfectie, narcose. Steensnedeligging. Portio sterk naar beneden getrokken, omsneden, vaginaalwand en blaas stomp teruggeschoven. Na opening van het cavum Douglasii beiderzijds de ligamenta cardinalia onderbonden. Rechts daarop een vuistgroot myoom uit den uteruswand geënucleëerd, waarbij de wand van den uterus zelf op verschillende plaatsen scheurt. Na moeielijke extractie van den tumor worden de adnexa rechts mediaan van het ovarium afgebonden, links lateraal van het ovarium doorgesneden en de uterus verwijderd. Na doorsnijding van den linker steel bloedt het sterk, doch nadat eerst nog een kippeneigroote ovariaal cyste is verwijderd, gelukt het, het bloedende vat te pakken en te omsteken, waarop de bloeding staat. Het peritoneum wordt daarop bijna geheel rondom vastgenaaid aan de vagina, zoodat de stompen er ingenaaid zijn. Jodoformgaastampon in het peritoneum. Bloedverlies gering, alleen wat uit den linker steel. Tumor is een groot intramuraal myoom en een subsereus achter den uterus.

16. VII. Hbgehalte (Gowers) 31%.

21. VII. Hechtingen verwijderd, op een na lagen alle los.

24. VII. Genezen ontslagen.

XX. Klacht: Aanhoudende vloeiing. Diagnose: multipele uterusmyomen.

Episiotomie. Portio omsneden. Tumor geënucleëerd, verwijderd. Uterus vaginaal geëxstirpeerd. Genezen.

No. 35. Cursus 98/99. 42 jaar oud. Kamenier, ongehuwd.

*Diagnose.* Multipele uterusmyomen.

*Therapie.* Vaginale uterusexstirpatie.

28. IX 98. *Anamnese.* Sinds 4 maanden vloeiïngen, vooral bij trappen klimmen, niet als ze rust houdt. Heeft tamelijk veel bloed verloren, meest met stukken. Tot vóór 4 maanden menses normaal. Geen partus, mictie wat frequent. Ontlasting normaal. Niet vermagerd, wel bleek geworden.

16. IX. *Stat. praes.* Uterus naar links en voren, matig vergroot. Rechts van uterus vuistgroote tumor, links en achter eveneens kleine harde tumoren.

30. IX. *Operatie.* Narcose. Steensnedelegging. Desinfectie. Portio aangehaakt, voor- en achterlip omsneden, blaas teruggeschoven en het Cavum Douglasii geopend. Eerst links dan rechts worden de ligam. lata van onder af zoo hoog mogelijk met catgut onderbonden Reeds bij exploreeren wordt een myoom ter grootte van een aardappel van den achterwand van den uterus losgemaakt. Bij het trekken aan den cervix scheurt deze geheel af. Wegens nauwheid der vulva en vagina wordt links episiotomie verricht, daarbij spuitende vaten met Péansche pincetten gepakt. De extractie van den tumor levert echter vele bezwaren op, daar herhaaldelijk het weefsel uitscheurt. Eindelijk gelukt het door gelijktijdigen uitwendigen druk. Nu wordt links de top van het ligamentum latum zoo dicht mogelijk naast den uterus afgebonden en doorgesneden, rechts worden de adnexa in eens in de onderbinding opgenomen en na doorsnijding de tumor met de rechter adnexa verwijderd. Voor dien tijd wordt het lateraal van de ligatuur liggende deel van het ligamentum latum aan den vaginaalwand gehecht. Na verwijdering van den tumor worden de linker adnexa opgezocht

naar buiten gehaald en na vastlegging van het ligamentum latum aan den vaginaalwand afgebonden en verwijderd. Enkele vaatjes nog door omsteking gesloten. Hierna wordt de episiotomiewond gesloten, en wel de vagina met een doorloopende catguthechting, de huidwond gedeeltelijk met geknoopte zijden hechtingen gesloten, gedeeltelijk (tusschen twee hechtingen in) met jodoformgaas getamponneerd.

Jodoformgaastampon in de vagina. T-verband. IJszak op den buik.

3. X. Vaginaaltampon verwijderd.

4. X. Episotomiewondtampon is er uit gevallen.

9. X. Draden van de episotomiewond verwijderd.

20. X. Genezen ontslagen.

## XXI. Klacht: Profuse menstruatie. Anaemie. Diagnose: myoma uteri. Portio omsneden. Tumor geënucleëerd. Uterus vaginaal geëxstirpeerd. Genezen.

No. 50. Cursus 98/99 43 jaar oud, gehuwd.

*Diagnose.* Myoma uteri.

*Therapie.* Vaginale uterusexstirpatie.

4. X. '98. *Anamnese.* Sinds 1½ jaar verliest patiente groote stukken bloed bij iedere menstruatie. Menses steeds profuus. Voor 11 jaar na geboorte van laatste kind (spontaan) begon patiente kleine stukjes bloed kwijt te raken. Veel fluor albus. Vroeger veel pijn voor en tijdens menses, nu niet meer, misschien door therapie. 2 Partus, geen abortus, laatste voor 11 jaar. Mictie normaal, ontlasting traag. Hoofdpijn, gauw moe, flauwtes. Hbgehalte (Gowers) 35 %.

4. X. *Stat. praes.* Uterus vergroot, rechts voor in den wand harde ronde tumor, cervix iets verkort.

Van 7. X.—15. X vloeit pat. 14 dagen te vroeg voor de menses (therapie: stypticine Freund.)

17. X. *Operatie.* Narcose, Steensnedeligging, desinfectie. Portio aangehaakt en omsneden, aan de voorzijde in een halven cirkel, aan

de achterzijde door een incisie, die naar achteren in een punt uitloopt, om zoo de opening in de vagina grooter te maken. Het peritoneum wordt nu met den vinger een eindweegs van den uterus losgemaakt, de blaas teruggeschoven en het peritoneum geopend. De basis van het ligamentum latum wordt onderbonden en doorgeknipt en getracht den uterus met de tumoren naar buiten te halen. Als dit mislukt, wordt op den tumor geincideerd en deze stomp geënucleëerd met zeer veel moeite. Toen de tumor van de rechterzijde op deze wijs naar buiten was gebracht, gelukte het ook den uterus met de andere tumoren uit de vulva te disloceeren. De rest van het rechter ligamentum latum wordt nu onderbonden en doorgesneden, hetzelfde geschiedt links van boven naar onder. Ovaria en tubae blijven zitten. De stompen van het ligamentum latum worden aan den vaginaalwand gehecht. Jodoformgaastampon in de vagina.

6. XI Genezen ontslagen.

XXII. Klacht: Retentio urinae. Diagnose: Retroflexio uteri et myomata. Episiotomie. Portio omsneden. Tumoren en uterus naar buiten gebracht en geëxstirpeerd. Genezen.

No. 51. Cursus 98/99. 40 jaar, ongehuwd.

*Diagnose.* Retroflexio uteri et myomata.

*Therapie.* Vaginale uterusexstirpatie.

5. X. 98. *Anamnese.* Sinds 2 jaar nu en dan gecatheteriseerd voor retentio urinae. Pollakurie. Urine soms troebel. Soms pijn onder de mictie. Geen partus of abortus. Menses regelmatig om de 3 weken. Ontlasting traag. Enkele hysterische klachten.

*Stat. praes.* Uterus in retroflexie. Vele myomen er aan te voelen.

5. X. — 10. X. Dagelijksche katheterisatie.

10. X. *Operatie.* Narcose. Steensnedelegging. Desinfectie. Portio aan-

gehaakt en naar buiten getrokken. Episiotomie links ter wille van de nauwe vulva. Portio omsneden en achterste vaginaalwand loodrecht op de dwarsincisie ingesneden om de opening in de vagina te verwijden. Voorste vaginaalwand en blaas stomp teruggeschoven en het peritoneum geopend. Na opening van het cavum Douglasii wordt de tumor zichtbaar en met Muzeux'sche tangen gepakt, telkens dieper, en na onderbinding en doorsnijding van de basis van het rechter ligam. latum met moeite naar buiten geluxeerd. Van den top af wordt nu het rechter ligam. latum verder onderbonden en na fixatie van de stomp aan den vaginaalwand doorgesneden. Geen bloeding. Het plan bestond aan den linkerkant de stam van de art. uterina afzonderlijk te onderbinden. Daartoe wordt de basis van het ligam. latum aan den tumor buiten de vulva getrokken en geïncideerd. Hierbij spuiten echter meerdere arteries, zoodat besloten wordt het ligament „en masse" te onderbinden, wat van boven af geschiedt. Na fixatie aan den vaginaalwand wordt het ligament doorgesneden en de uterus verwijderd. De vaginaalwond in het cavum Douglasii wordt door een paar hechtingen verkleind. De episiotomiewond wordt in de vagina met catgut en in de huid met zijden hechtingen gesloten. T-verband. Tijdens de operatie asphyxie waartegen gedurende 5 minuten kunstmatige ademhaling. Zandzak op den buik.

11.—17. X. Veel klachten over pijn. Geen spontane mictie.

30. X. Zonder klachten ontslagen.

XXIII. Klacht: Pijn voor de menstruatie. Pollakurie. Diagnose: myoma uteri. Colpotomia lateralis dextra et posterior. Tumor getracht te enucleëeren. Rechter ligam. latum onderbonden en doorgesneden. Enucleatie gelukt pas na omsnijden van de portio. Rest van rechter en geheele linker ligament met de angiotribe afgeklemd. Vaginale uterusexstirpatie. Genezen.

No. 79. Cursus 99/1900 41 jaar oud, ongehuwd.

*Diagnose.* Myoma uteri.

*Therapie.* Vaginale uterusexstirpatie.

*Anamnese.* Sinds 3 maanden pijn voor de menstruatie, verdwijnende tijdens haar. In dien tijd ook pollakurie, kleine beetjes, lang wachten eer urine komt. Mictie niet pijnlijk. Geen partus. Menses verder normaal. Ontlasting geregeld.

*Stat. praes.* Portio zichtbaar in den introïtus vaginae. Bij palpatie blijkt portio verlengd te zijn en de fornix vaginae op normale hoogte te liggen. Rechts achter den uterus een eigroote tumor, niet bewegelijk ten opzichte van den uterus, wel tegenover den bekkenwand. Rechter ligamentum recto-uterinum is gespannen voelbaar onder den tumor. Daarvóór voelt men duidelijk de arteria uterina kloppen. De tumor ligt dus niet intraligamentair, daar dan ligamentum recto-uterinum en arteria uterina van elkaar gescheiden zouden zijn, maar òf intramuraal, òf subsereus. Besloten wordt wegens den last, die patiente er van heeft tot verwijdering van den tumor per vaginam, zoo mogelijk met behoud van den uterus.

25 X. *Operatie.* Narcose. Steensnedelegging. Desinfectie. Voor- en achterlip der portio ieder met een Muzeux'sche tang gepakt en naar voren getrokken. Colpotomia lateralis dextra en posterior door een dwarse snede voor de portio. Het bindweefsel wordt stomp naar boven geschoven en het peritoneum van het cavum Douglasii geopend. Zooals verwacht werd, ligt de tumor intramuraal. De tumor wordt na splijting van den kapsel met een Muzeux'sche tang gepakt en gepoogd door de gemaakte opening hem naar buiten te trekken, wat mislukt, de tang scheurt uit. De basis van het ligam. lat. dextr. wordt onderbonden en daarnaast de uterus losgeknipt. Weder mislukken de pogingen om den tumor te verwijderen. Het ovarium dextrum komt naar buiten. Het bovenste stuk van het ligam. latum dextrum wordt afgebonden en aan de uterine zijde van de ligatuur doorgesneden. Het gelukt nog

niet den tumor te extrakeeren. Eindelijk wordt dus besloten den uterus mede te verwijderen. De incisie door de vagina wordt nu verlengd tot de geheele portio is omseden en de blaas stomp naar boven geschoven. Peritoneum geopend. Nu gelukt het terwijl de uterus zoover mogelijk naar buiten wordt getrokken het myoom los te pellen en te verwijderen. Gemakkelijk komt nu de geheele uterus buiten de vulva. Aangezien rechts het ligam. latum voor een groot deel reeds van den uterus los is wordt de uterus ook verwijderd. Met de angiotribe van Hoefftcke wordt het overblijvende stuk van het lig. latum dextr. 2 minuten gecomprimeerd. Na afsnijding en afname van de angiotribe geen bloeding. Uit voorzichtigheid waren eerst 2 arteriepincetten aangelegd, om bij eventuëele bloeding die dadelijk te kunnen stelpen. Het ligamentum latum sinistrum wordt in toto gedurende $2\frac{1}{2}$ minuut in de angiotribe gecomprimeerd, en dan afgesneden. Na wegname van het instrument geringe bloeding, niet duidelijk arterieel, door ligaturen gestild. Ook hier waren te voren twee arteriepincetten aangelegd. Jodoformgaastampon in de vagina. Zandzak op den buik.

26. X. Temp. 38°. Pols. 130. Geen bloedverlies.

27. X. Tampon verwijderd.

11. XI. Reconvalescentie zonder stoornis. Genezen ontslagen. Zal thuis nog rust houden.

XXIV. Klacht: Pijn. Profuse menstruatie. Diagnose: myomata uteri. Portio voor omsneden. Een myoom geënucleëerd. Portio geheel omsneden. Uterus naar buiten gehaald. Vaten afzonderlijk onderbonden. Sterke bloeding. Uterus geëxstirpeerd, daarna het myoom. Scheur in het rectum gehecht, met kleine rectovaginaalfistel ontslagen. Later volkomen genezen.

N°. 128. Cursus 99/1900. 37 jaar oud, gehuwd.

*Diagnose.* Myomata uteri.

*Therapie.* Vaginale uterusexstirpatie.

4. XII. 99. *Anamnese.* Sinds 7 jaar pijn in de rechterzij, aanhoudend, bij werken en bukken erger. Al langer last van vloeiingen om de 3 weken, circa 8 dagen, met stukken en stank er bij. Vroeger menses regelmatig, altijd profuus. 1 Partus voor 18 jaar. Veel pijn voor en tijdens de menstruatie. Veel fluor albus. Ontlasting traag. Mictie: In Nov. 1898 pijn voor en onder het wateren, ging over tijdens een verblijf in het ziekenhuis te Utrecht, waar zweertjes aan het ostium uteri zouden zijn weggenomen. In Febr. '99 zou er in Utrecht vaginaal iets geopereerd zijn.

*Stat. praes.* Onderzoek in narcose. Rechts in den uterus harde tumor, die voor een myoom imponeert, beiderzijds ovaria niet te voelen, daarom slechts waarschijnlijkheidsdiagnose op myoom gesteld.

8. XII. *Operatie.* Besloten wordt het myoom vaginaal te verwijderen, zoo mogelijk met behoud van den uterus. Narcose. Steensnedeligging. Desinfectie. Portio in Simon'sche specula blootgelegd, en met 2 Muzeux'sche tangen aan voor- en achterlip aangepakt. De voorste vaginaalwand wordt door een dwarse incisie van de portio losgesneden en de blaas stomp teruggeschoven, daarop wordt het peritoneum met het mes geopend. Door aan een hechting, die door den voorsten uteruswand gelegd wordt, als teugel te trekken wordt getracht den fundus uteri door de gemaakte opening te halen. Dit mislukt, eveneens door een tweeden teugel, die boven den eersten gelegd wordt. Met Muzeux'sche tangen wordt nu een klein myoom van den voorwand gepakt en naar buiten getrokken, hierdoor wordt het myoom geënucleëerd, maar komt de uterus niet naar buiten. Het myoombed wordt gehecht, ook door aan deze hechting te trekken gelukt het niet den uterus te ontwikkelen. Aangezien pogingen met Muzeux'sche tangen nog aangewend, geen succes hebben en de uterus te veel beschadigd is, wordt tot uterusexstirpatie besloten. Colpotomia post. door een dwarse incisie, stompe opening van het cavum Douglasii

met den vinger. Deze vinger drukt nu den uterus naar voren, waardoor de fundus uteri te voorschijn komt, ondersteund door trekken met Muzeux'sche tangen, waarbij nog eenige kleine myomen geënucleëerd worden; maar het grootste myoom zit nog in de buikholte. Met de Doyen'sche klemtang wordt de steel (die bestond of anders door het trekken gevormd is) afgeklemd en daardoor het myoom gefixeerd. Aan de uterine zijde van de tang wordt de steel afgesneden. De ligam. lata worden niet „en masse" onderbonden, maar de vaten afzonderlijk. Het bovenste en onderste eind van het ligamentum latum dextrum wordt met een Doyen'sche klemtang gefixeerd. Afsnijding van het ligamentum latum. Verscheidene groote arteries spuiten, maar het gelukt de vaten te pakken met arteriepincetten en deze door ligaturen te vervangen. Het boveneind van het ligamentum latum wordt aan den vaginaalwand gehecht. Evenzoo wordt het ligamentum latum sinistrum behandeld. Hier is de bloeding nog veel sterker en moeilijker te stelpen, maar ook hier gelukt het na veel moeite en bloedverlies de vaten voor het grootste deel afzonderlijk te onderbinden, slechts een enkele omsteking is noodig. Er bestaat nog bloeding uit den vaginaal wand waarvoor eenige hechtingen noodig zijn. Hierna staat de bloeding volkomen. Nu wordt overgegaan, nadat de uterus verwijderd is, tot verwijdering van het myoom, dat nog in de buikholte zit. De klemtang is bij het trekken er aan afgegleden. Op geleide van een vinger wordt het met een Muzeux'sche tang gepakt en gemakkelijk naar buiten gehaald. Z. H. G. meent een scheur in het rectum te bemerken en bij rectaal onderzoek blijkt ook, dat er een dwarse scheur bestaat. Van uit de vagina worden de randen met Péan'sche pincetten gepakt en gelukt het met eenige moeite de scheur te hechten. Met een jodoformgaastampon, die stevig wordt aangedrukt wordt de buikholte afgesloten om te voorkomen, dat darminhoud met de buikholte in aanraking komt. Zandzak op den buik. Als hechtmateriaal is hoofdzakelijk zijde gebruikt, daar vele catgutdradenbraken.

11. VII. Gedeelte van de tampon komt naar buiten. Geen ontlasting of flatus per vaginam.

19. XII. Eenige ontlasting per vaginam. 's Avonds flink per rectum, bijna niets per vaginam. Een hechting uitgestooten. Melkdieet. Laudanum 3 dd. gtt. 10.

20. XII. Pijn bij het wateren, dikke laag pus in de urine.

21. XII. Alle ontlasting per rectum. Geen klachten bij de mictie.

22. XII. Twee draden met een koorntang per vaginam verwijderd, zonder ze door te knippen, links achter granuleerende vlakte. Per rectum komt de vinger tegen faeces en niet in de vagina. Geen laudanum. Glycerinespuitje.

25. XII. Alle ontlasting per rectum.

27. XII. In de vagina liggen faeces, achter in de vagina granuleerende vlakte. Bij onderzoek per rectum en per vaginam gelukt het niet den fistel te bereiken. Links achter in de vagina is een kleine opening zichtbaar, waaruit faeces komen. Watje met aluin in de vagina.

30. XII. Pat. wordt ontslagen. Haar medicus zal haar met aluinglycerinetampons of aluinpoeder in de vagina behandelen om den fistel tot sluiting te brengen. Fistel is niet duidelijk zichtbaar, dus in ieder geval zeer klein.

17. II. 1900. Haar medicus bericht, dat hij in de eerste weken post oper. geregeld de tampon heeft verwisseld. Alleen nog een enkele flatus komt door de opening. Voor een week of drie heeft pat. een zeer hevige cystopyelitis gehad. In de vagina nog granulaties, geringe secretie. 2 draden zijn nog verwijderd.

12. III. Fistel volkomen gesloten.

XXV. Klacht: Pijn. Profuse menstruatie. Diagnose: myoma uteri. Portio omsneden. Uterus na onderbinding van het onderste deel der ligamenta naar buiten

gebracht, na enucleatie van een week myoom. Uterusexstirpatie. Slechts op het laatst narcose. Geringe koorts. Genezen.

No. 168. Cursus 99/1900. 42 jaar, gehuwd.

*Diagnose.* Myoma uteri.

*Therapie.* Vaginale uterusexstirpatie.

25. I. 1900. *Anamnese.* Sinds 9 maanden pijn in de ileocoecaalstreek, uitstralende tot in de genitalia externa. Kan moeilijk loopen, gauw moe. Menses sinds dien tijd ongeregeld, profuus, 8—10 dagen durend. 5 spontane partus. Functies normaal. Anaemisch uiterlijk, systolisch geruisch aan alle ostia.

*Status praesens.* Portio vaginalis ingescheurd, fundus uteri zeer vergroot aan den voorwand en links. Naar links wordt de tumor, die niet van den fundus is af te scheiden, smaller. Tumor te voelen tot iets boven den navel, hard, zonder oneffenheden.

31 I. Desinfectie, nauwkeurig onderzoek. Vagina wijd, portio volkomen gesloten. Cervix vrij lang. Corpus uteri en tumor vertoonen enkele kleine oneffenheden. Adnexa vrij.

*Operatie.* Zonder narcose portio met 2 Muzeux'sche tangen gepakt, in iedere lip een, en naar beneden getrokken. Vaginaalwand rondom de portio met het mes doorgesneden en het bindweefsel aan alle kanten stomp teruggeschoven. Een vinger dringt achter de portio gemakkelijk in de peritoneaalholte door. Op geleide van dezen vinger wordt aan iederen kant in drie deelen door middel van een naald van Dechamp het onderste deel van het ligamentum latum afgebonden, tot zoover als het zich bij aantrekken spannen laat. Vervolgens wordt het peritoneum aan weerskanten van den uterus dwars opengesneden. Bij het aantrekken der portio blijkt nu dat de achterkant makkelijker naar buiten komt dan de voorkant, dus wordt met boven elkaâr gezette Muzeux'sche tangen getracht den uterus naar achteren te

disloceeren. Hierbij scheurt het uterine weefsel, zoodat de vinger in de groote uterusholte komt. Om de verdere extractie mogelijk te maken wordt de geheele achterwand van den uterus doorgesneden tot aan het ostium ext. Het blijkt nu dat in een deel van de uterusholte een groot myoom vooruitspringt. Het slijmvlies van dit myoom wordt gespleten en het myoom begonnen te enucleëeren. Daarbij blijkt dat het myoom geen goeden kapsel heeft, heel week is en veel vloeistof bevat. Vervolgens komt de geheele uterus naar buiten en tevens het linker ovarium. Rechter tuba met het bovendeel van het ligam. latum wordt met een ligatuur voorzien en afgesneden, evenzoo links het ligamentum latum en infundibulo-pelvicum, waarop de uterus verwijderd kan worden. De buikholte wordt met jodoformgaas getamponneerd. Bloedverlies gedurende de operatie minimaal, laken onder de patiente bevat slechts op enkele plaatsen wat bloed. Pijn bij het afbinden van het onderste deel der ligam. lata niet erg, geen narcose noodig. Slechts toen de ontwikkeling van den grooten tumor moeite koste, was chloroform noodig. De operatie duurde ± ½ uur, narcose ± 10 minuten.

22. II. Tijdens reconvalescentie nu en dan geringe koorts, 18. II. een massa draden verwijderd. Met geringe secretie ontslagen.

## XXVI. Klacht: Pijn. Frequente menstruatie. Diagnose: myomata uteri. Portio omsneden. Vaginaalwand ingesneden. Ligamenta in situ onderbonden. Uterus verwijderd. Geringe koorts. Genezen.

No. 179. Cursus 99/1900 43 jaar, naaister, ongehuwd.

*Diagnose.* Myomata uteri.

*Therapie.* Vaginale uterusexstirpatie.

5. II. 1900. *Anamnese.* Sinds 6 à 8 weken pijn in linker vaginaalstreek, voortdurend, doch wisselend in hevigheid; vooral erg bij het loopen. Menses in de laatste 10 jaar frequent, om de 2 of 3 weken. Geen partus. Ontlasting traag. Mictie normaal.

*Stat. praes.* Roodheid aan weerszijden in de buurt der glandulae Bartholini. Hymen verscheurd, geen carunculae myrtiformes. Uterus in anteflexie, vergroot, onregelmatig van vorm. Rechts een sinaasappelgroote harde ronde tumor, links en voor een iets kleinere, in de mediaanlijn voor een kippeneigroote. Tumoren gaan over in den uterus. Rechter tumor bewegelijk ten opzichte van den uterus. Adnexa normaal.

7. II. *Operatie.* Narcose, steensnedeligging, desinfectie. Vulva en vagina zijn nauw. Uterus wordt met Muzeux'sche tangen naar beneden getrokken en de portio circulair omsneden. Om de nauwheid der vagina wordt deze met de vulva ingesneden tot aan de circulaire portiosnede. Sterke bloeding uit deze wond, die met een paar diepe hechtingen wordt gestild. Eerst links stomp het ligam. latum met de arteria uterina onderbonden. Een der ligaturen, die nog eens om den stomp gelegd werden, glijdt af en een groote arterieele tak begint te spuiten. Bloeding gestild met een arteriepincet en nog eens dat deel stomp onderbonden. Dan rechts eveneens het ligamentum latum onderbonden twee kleine myomen geënucleëerd.

Met eenige moeite wordt de uterus met de myomen naar buiten gehaald. De draden links worden door den incisiewond geleid om als drainage te dienen, en daarop de wond gedeeltelijk met hechtingen gesloten. Tampon in de vagina.

8. II. 's Av. temp. 38.4°. Tampon verwijderd.

14. II. Weer koorts. Pat. met bovenlichaam hoog geplaatst om afvoer uit de vagina te bevorderen.

15. II. Vrij veel secretie.

17. II. Temp. normaal.

20. II. Temp. 38°, hechtingen verwijderd, wond goed genezen.

26. II. In de meening, dat niet alle hechtingen verwijderd zijn, onderzocht Z. H. G. nogmaals zelf, geen draden gevonden. Alleen de zijdelingsche incisie is nog niet dicht, doch de wond granuleert goed.

28. II. Wegens plaatsgebrek ontslagen. Zal thuis rust nemen.

29. III. Wonden alle genezen. Draden alle verwijderd. Pat. maakt het uitstekend.

XXVII. Klacht: aanhoudende vloeiing. Pijn. Diagnose: myomateuze polyp. Myoma uteri. Polyp afgeknipt, daarna koorts (influenza?). Portio omsneden, uterus naar buiten gehaald, na hémisection postérieure en enucleatie van een paar myomen. Ligamenta onderbonden en afgeknipt. Uterus verwijderd. Geen narcose. Nog geringe koorts post oper. Genezen.

No. 181. Cursus 99/1900. 39 jaar, gehuwd.

*Diagnose.* Myomateuse polyp, myoma uteri.

*Therapie.* 7. II. Polyp afgeknipt, 12. II. vagin. uterusexstirpatie.

6. II. 1900. *Anamnese.* Sinds 4 jaar last van vloeiingen, aanhoudend, soms 8 of 14 dagen vrij. Veel stukken er bij. Sinds 14 dagen pijn in de rechterlies, vooral als patiente zit. Geen partus. Ontlasting traag. Mictie soms moeilijk, nu normaal.

*Stat. praes.* Anaemisch uiterlijk. Sterke panniculus adiposus. Cor percutorisch niet duidelijk vergroot, systolisch geruisch boven aorta en pulmonalis. In pulmonibus overal piepen en kraken. Bloederig vocht loopt uit de vulva. Portio laat een duiveneigroote tumor uittreden, matig hard, met een steel, die naar den cervix gaat. Cervix en ostium internum voor één vinger toegankelijk. Uterus groot in retroflexie, adnexa niet te voelen.

7. II. In narcose op de kliniek voorgesteld. Polypeus myoom met korten steel afgeknipt. Daarna blijkt bij onderzoek dat de achterwand van den uterus een grooteren myoomknobbel bevat.

8. II. Temp. 40.4°.

9. II. Temp. 's av. 40.2°. Geheelen dag boven 39°. Subjectief alleen hoofdpijn. 1 Gr. sulf. chinini de die.

11. II. Temp. normaal.

12. II. Temp. 39°. Oorzaak van de koorts onbekend (influenza epidemie op ziekenhuis, pat. hoest niet, geen teekenen van influenza). *Operatie.* Uit vrees voor mogelijke infectie van uit den uterus acht Z. H. G. het toch raadzaam de hysterectomie te doen. Pat. verlangt geen narcose, krijgt daarom slechts 0.010 gr. mur. morphini. Steensnedeligging. Desinfectie. Operatie bemoeilijkt door nauwe nullipare vulva en vagina. Portio omsneden, vagina en blaas stomp teruggeschoven. Cavum Douglasii geopend, uterus naar buiten gehaald en ter vergrooting der bewegelijkheid hémisection postérieure gemaakt. Geen spoor van infectie in de uterusholte. Het gelukt eerst den uterus naar buiten te halen na uitpelling van een paar myoomknobbels uit den achtersten uteruswand. Zoodra dit met eenige moeite geschied is, kan de rest naar buiten gehaald worden. Eerst rechts, dan links, met krachtige zijden draden de ligamenta lata afgebonden en dicht aan den uterus afgeknipt. Bloeding tijdens de operatie matig. Jodoformgaastamponnade. Pat. heeft niet veel pijn gevoeld.

14. II. Temp. normaal, 's av. weer 39.8. Geen teekenen van peritonitis.

18. II. Temp. licht febriel. Algemeene toestand gaat vooruit.

20. II. Geringe decubitus. Waterbed. Nu en dan zijligging.

22. II. Algemeene toestand goed. Oedemen aan de tibiae.

4. III. Genezen ontslagen.

*Epikrise:* Temperatuurverloop in den beginne is moeilijk te verklaren, mogelijk is de koorts aan influenza toe te schrijven, die in die dagen veel in de kliniek heerschte. In geen geval is zij te verklaren als infectie van uit de genitalia. Ook later nauwkeurig onderzoek van den uterus bracht niets van infectie aan het licht.

## XXVIII. Klacht: zwaarte in den buik, pijn bij ontlasting. Diagnose: Fibromyomata uteri.

Portio omsneden. Enucleatie van myoom beproefd, mislukt. Hémisection antérieure. Dislocatie van den uterus mislukt. Linker ligamentum latum onderbonden. Uterus naar buiten gehaald, rechter ligament onderbonden. Genezen.

No. 306. Cursus 99/1900. 40 jaar, gehuwd.

*Diagnose.* Fibromyomata uteri.

*Therapie.* Vaginale uterusexstirpatie.

20. VI. 1900. *Anamnese.* Last van zwaarte in den buik en pijn bij de ontlasting, gevoel alsof er iets voor zit. Ontlasting traag, hard. Menses normaal. 3 spontane partus, laatste voor 2 jaar. In Maart 1899 abortus. Mictie normaal. Door medicus gezonden.

*Stat. praes.* Portio week met lichte erosies, blauwachtig gekleurd. Aan den uterus is een tumor te voelen in samenhang met de portio, hard, ter grootte van een grooten appel, vooral links van de linea alba, en aan linkerzijde gefixeerd. Een dikke sterk gespannen streng gaat ter hoogte van het ostium internum naar rechts, vrij pijnlijk; klein tumortje (rechter ovarium) rechts achter naast tumor te voelen. Niet zeker uit te maken of de tumor in den uterus zit of op den voorwand, terwijl de uterus in retroflexie ligt, daar de tubae niet zeker zijn te vervolgen.

28 VI. *Operatie.* Narcose. Steensnedeligging. Desinfectie. Portio met Muzeux'sche tangen aangehaakt. Circumcisie van de portio, blaas teruggeschoven, cavum vesico-uterinum met een vinger geopend. Nu blijkt, dat het myoom links op den uterus zit en wordt beproefd het met Muzeux'sche tangen te pakken en los te pellen. Mislukt. Hémisection antérieure tot aan het ostium internum. Het gelukt nog niet uterus en myoom te zamen naar buiten te brengen, daarom eerst links het ligamentum latum en de tuba met 3 zijden draden afgebonden en doorgesneden, daarna de uterus met de myomen naar buiten gehaald

en vervolgens rechts ligamentum latum en tuba afgebonden en doorgesneden. Na wegname van den uterus blijkt er nog een vrij heftige bloeding uit vaginaalarteries te bestaan, die met eenige hechtingen door den vaginaalwand gestild wordt. Vaginaalwand met catgut gesloten. Jodoformgaastampon in de vagina.

Kort na de operatie nog vrij veel bloedverlies per vaginam, later niet meer.

29. VI. Nog iets bloeding. Pijn in den buik. Tampon verwijderd, bevat alleen in dat deel dat in de vagina ligt, veel vloeibaar bloed.

11. VII. Hechtingen uit de vagina verwijderd. Nogal stank bij de secretie uit de vagina. Lysolirrigaties.

17. VII. Nog steeds afscheiding uit een granuleerende vlakte.

19. VII. Op haar wensch ontslagen. Streng verbod van coïtus. Nog sterk stinkende secretie aanwezig.

### *Operatiemethoden.*

Na blootlegging van de portio in Simon'sche specula, wordt, waar reeds vooraf besloten was den uterus te exstirpeeren, de portio met een paar Muzeux'sche tangen gepakt en krachtig naar omlaag getrokken. Hierna wordt de portio circulair omsneden en stomp de blaas teruggeschoven en eveneens stomp eerst achter dan voor tot in de buikholte doorgedrongen. Slechts in geval XIV wordt eerst alleen de voorlip omsneden en getracht den uterus naar buiten te brengen door de opening in het cavum vesico-uterinum en, als dit mislukt, pas de portio in haar geheel omsneden. In de gevallen XV en XVIII werd in het eerste geval besloten den uterus te exstirpeeren, nadat de uterusholte, na incisie

van den voorsten vaginaalwand en van den cervix, digitaal was onderzocht en nogmaals een bimanueel onderzoek was verricht, en hierna direct de portio in haar geheel omsneden, in het tweede geschiedde dit eerst, nadat een poging om den uterus naar buiten te halen mislukt was, evenals in geval XIV.

Na de geheele of gedeeltelijke omsnijding van de portio en na opening van het peritoneum werd nu in 6 van deze 11 gevallen (waar geen pogingen tot myomectomie zijn verricht) geprobeerd den uterus naar buiten te halen om eerst daarna de ligamenten te verzorgen. Dit gelukte echter slechts in drie gevallen, n.l. XIII, XXII en XXVII, hoewel in het tweede dezer drie gevallen eerst na onderbinding van de basis van het ligamentum latum dextrum en dan nog met veel moeite. In de 3 overige gevallen mislukte deze poging en werden of eerst de ligamenta lata beiderzijds of slechts aan eene zijde onderbonden n.l. in geval XIV en XVIII, of eerst een of meerdere myomen afzonderlijk geënucleëerd, in geval XXI.

In de 5 andere gevallen werden de ligam. lata geheel of althans gedeeltelijk in situ onderbonden zonder voorafgaande pogingen tot dislocatie van den uterus, soms na vooraf een myoom geënucleëerd te hebben (geval XV, XIX, XX, XXV en XXVI.)

In de vijf gevallen, waar eerst beproefd werd de myomen te enucleëeren met behoud van den uterus, werd naar gelang van de zitplaats van den tumor eerst of de voorlip of de achterlip omsneden, en hierna

stomp tusschen uterus en blaas of naar het cavum Douglasii doorgedrongen.

In geval XVI, XVII en XXIII wordt nu het myoom zoover mogelijk losgespeld en daarna getracht het door Muzeux'sche tangen te verwijderen. In geval XXIV wordt eerst getracht door middel van door den voorsten uteruswand gelegde draden, die als teugels gebruikt worden, den fundus uteri naar buiten te brengen met den grooten tumor. In geval XXVIII wordt ook eerst vergeefs geprobeerd na opening van het cavum vesico-uterinum den tumor op de gewone wijze te verwijderen. Nadat in geval XVII, XXIII en XXVIII de myoomenucleatie onmogelijk blijkt en in geval XVI en XXIV de uterus bij de pogingen ertoe te veel beschadigd is, wordt tot uterusexstirpatie besloten. Hiertoe wordt weder de omsnijding van de portio voltooid en stomp tot in de buikholte doorgedrongen. Hierna wordt de uterus zoover mogelijk naar buiten gehaald, de ligam. lata worden verzorgd en de uterus met de nog aanwezige tumoren verwijderd. In geval XXIV alleen was de tumor vooraf van den uterus losgemaakt en werd eerst na de uterusexstirpatie verwijderd.

In geval XXVIII gelukte het eerst den uterus naar buiten te halen, nadat rechts het ligamentum latum was onderbonden en afgesneden.

De wijze waarop de ligamenta lata werden verzorgd, was evenmin in alle gevallen dezelfde. In de meeste gevallen werden de ligamenten van onder op of van boven af in eenige gedeelten onderbonden, soms staat aangegeven

met catgut, alleen in een geval XXVII staat aangegeven met zijde, meestal is het onderbindingsmateriaal niet vermeld.

Soms werden eerst de arteriae uterinae afzonderlijk en daarna de ligamenta lata bij partijen onderbonden, geval XIII en XV; in geval XXIV werden niet de ligamenten; doch de vaten afzonderlijk onderbonden, wat echter tot een niet onbelangrijke bloeding aanleiding gaf. In een geval XXIII werd gebruik gemaakt van de door Hoefftcke geconstrueerde en door v. Rossem beschreven angiotribe, welk instrument in dit geval goed voldeed.

In een paar gevallen werd tot vergemakkelijking der extractie gebruik gemaakt van de hémisection antérieure of postérieure van Doyen.

In geval XIX, XX, XXI, XXVI, XXVII worden in den loop der operatie om ruimte te verkrijgen een of meerdere myomen geënucleëerd.

Om de nauwheid van vulva en vagina werd in geval XX en XXII een episiotomie gemaakt, in geval XXVI de vagina van de vulva tot de omsnijding der portio lineair geïncideerd en in geval XXII behalve de episiotomie loodrecht op de dwarse incisie door het laquear posterius een incisie in den vaginaalwand gemaakt. Evenzoo werd om de opening in de vagina te vergrooten de omsnijding van de portio in geval XXI zoo uitgevoerd, dat de snede naar achteren in een punt uitliep.

In 9 gevallen werden de stompen der ligamenta lata gefixeerd aan den vaginaalwand, om afglijden der ligaturen te voorkomen (geval XIII, XV, XVI, XVII, XVIII,

XIX, XX, XXI, XXII). In geval XIV, XXI, XXV en XXVIII werden een of beide adnexa of gedeelten ervan teruggelaten. Behalve in geval XIII en XV werd steeds een jodoformgaastampon van uit de vagina in de buikholte gebracht.

Na afloop der operatie kwam een zandzak op den buik. In twee gevallen XXV en XXVII werd geheel of althans grootendeels buiten narcose geopereerd.

In het eerste geval was slechts in de laatste 10 minuten narcose noodig voor het ontwikkelen van den tumor. In het tweede geval was pat. kort te voren op de kliniek in narcose voorgesteld, en kreeg nu slechts 0,010 Gr. morphine subcutaan. Pat., die geen narcose verlangde, verklaarde na afloop niet veel pijn gevoeld te hebben.

Beschouwt men nu deze 16 gevallen gezamenlijk, dan ziet men dat de methode, die toegepast is, in het algemeen de volgende was:

Circumcisie van de portio vaginalis, stomp doordringen voor en achter tot in de buikholte, den uterus naar buiten halen, de ligamenta in eenige partijen onderbinden en afsnijden, de stompen der ligamenta vasthechten aan den vaginaalwand, den uterus verwijderen, een jodoformgaastampon brengen in de vagina.

Afwijkingen hiervan vonden meestal hunne oorzaak hierin, dat de grootte van den tumor de dislocatie van den uterus niet toeliet, zoodat of eerst een of meer tumoren moesten verwijderd worden of eerst ten minste een deel der ligamenta lata afgebonden. In enkele gevallen

slechts werd geopereerd naar een eenigszins ander plan, zooals, waar de vaten afzonderlijk werden onderbonden (XXIV) of de angiotribe gebruikt werd: (XXIII), of waar de ligamenta werden onderbonden zonder eerst te pogen den uterus naar buiten te halen (XV, XIX, XX, XXV, XXVI).

*Abdominale uterusexstirpatie.*

Deze operatie werd 10 maal verricht, er bij gerekend een geval waar de operatie vaginaal begonnen werd, doch abdominaal voltooid.

Het zijn de volgende gevallen:

XXIX. Klacht: Snel groeiend gezwel in den buik. Te frequente menstruatie. Diagnose: myomata uteri. Laparotomie. Abdominale uterusexstirpatie.

Geringe koorts. Etterige secretie uit de vagina. Genezen.

No. 169. Cursus 96/97. 44 jaar, gehuwd.

*Diagnose.* Myomata uteri.

*Therapie.* Abdominale uterusexstirpatie.

8 III. '97. *Anamnese.* Sinds 8 jaar gezwel rechts in den buik bemerkt, eerst stuitergroot. In den laatsten tijd is het harder gaan groeien. Menses vroeger normaal. Geen partus. In den laatsten tijd is de menstruatie erger geworden. Nu menstrueert patiente 8 dagen te vroeg, veel en dun, is soms wat kortademig.

*Stat. praes.* Narcose. Portio ligt hoog achter de symphysis, uterus is een eindweg te vervolgen in retroflexie (met de sonde bepaald is de lengte der holte 15 cM.). In laquear posterius op den uterus een aantal ronde tumorknobbels, hard, glad, onbewegelijk. Cavum

Douglasii opgevuld met een harde tumormassa. Naast uterus in het cavum Douglasii rechts en links week vuistgroot ovarium te voelen. Tumoren in buik bewegelijk, samenhangend met elkaar en met den uterus.

12 III. *Operatie.* Narcose. Desinfectie. Trendelenburgsche ligging. Incisie der huid van de symphysis tot den navel door alle buikbekleedselen tot het peritoneum geopend is. De groote tumor buiten den buik gehaald en met een Muzeux'sche tang gepakt. Beide ovaria blijken ook vergroot. Door een assistent was voor begin van de operatie de portio vaginalis met een Muzeux'sche tang gepakt, om van de buikholte uit gemakkelijk de portio te herkennen. Nu wordt dus op de portio ingesneden en wel van uit de excavatio vesicouterina, omdat de Douglas'sche ruimte vol met tumoren was. Nu rechts en links met een aneurysmanaald de ligamenta lata, beginnende ter plaatse van de arteria uterina, met catgut onderbonden. De Muzeux'sche tang in de vagina wordt weggenomen. Vlak bij de portio wordt nu de vaginaalwand circulair doorgesneden, na fixatie van den achtersten vaginaalwand door een Muzeux'sche tang, waardoor de tumor los is en uterus en adnexa verwijderd kunnen worden. Waar vaten uit den vaginaalwand bloeden, worden deze omstoken, behalve aan den voorkant, waar geen noemenswaarde bloeding is en de blaas makkelijk te onderscheiden is van het bekkenbindweefsel. De buikwond wordt met zijden hechtingen gesloten. Jodoformgaasverband. Zandzak.

Uit het ovarium sinistrum, dat bij het naar buiten halen barstte, kwam een smerige donkerroode vloeistof te voorschijn. Een groot deel hiervan hiervan kwam in de buikholte. De uterus was aan het praeparaat niet afzonderlijk waar te nemen, de geheele tumormassa zat op portio en cervix, die samen 4 c.M. lang waren. Het gezwel bestond uit ongelijke massa's van tumoren van knikker- tot kinderhoofdgrootte.

21. III. Wond per primam intentionem genezen.

26. III. Buik opgezet. Per vaginam een etterholte te voelen, waarin darmlissen te voelen, dun etterig secreet.

10. IV. Fornix vaginae nog niet gesloten, door de opening sterk gezwollen darmlissen te voelen, bij terugtrekken van den vinger loopt pus uit de vagina. Pat. wil absoluut naar huis. Ontslagen.

18 V. Pat. vertoont zich op de polikliniek. Tot 14 dagen na haar ontslag heeft de vaginaalwond sterk gesecerneerd. Nu is er in het midden van het litteeken een zeer kleine, met helder vocht gevulde cyste. Verder geen exsudaat. Geheel genezen.

Tijdens de reconvalescentie was de temp. een paar maal 38.5°.

## XXX. Klacht: Toenemend gevoel van zwaarte in den buik. Diagnose: Multipele myomen.

Laparotomie. Uterus supravaginaal geamputeerd, daarna cervix geëxcideerd.

Buikwondettering. Koorts. Genezen.

No. 118. Cursus '97/98. 34 jaar, naaister, ongehuwd.

*Diagnose.*. Multipele myomen.

*Therapie.* Abdominale uterusexstirpatie.

10. XII. 97. *Anamnese.* Tot voor 7 weken gezond. Toen begon gevoel van zwaarte en moeheid in den buik, toenemend, buik meer gespannen, niet dikker. Menses normaal, weinig. Functies normaal.

*Stat. praes.* In het cavum Douglasii groote tumor, die het geheele kleine bekken opvult en rechts reikt tot 2 vingers boven den navel, stijfelastisch, tamelijk hard, schijnt vocht te bevatten. Portio vaginalis in de hoogte getrokken achter de symphysis. Uterus voor en links van den tumor. Links zit op den uterus nog een vuistgroote cysteuze tumor.

B. XII. *Operatie.* Narcose. Desinfectie. Incisie van den buik van een handbreed boven de symphysis tot vlak onder den proc. xiphoïdes.

Er blijken verschillende tumoren te zijn, die breed samenhangen met den vergrooten uterus, links is het ovarium lang gerekt. De steel waarmee deze tumoren met den cervix en het ligam. latum samenhangen wordt nu in verschillende deelen onderbonden en daarop de tumor verwijderd. Het deel van den cervix, dat is blijven zitten, wordt hierop geëxcideerd door een incisie van den fornix anterior en posterior. De onderbindingsdraden worden door de vagina naar buiten gevoerd en de buik gesloten. In den uterus blijkt een weeke groote myomateuze tumor te zijn.

22. XII. Bij wegname der hechtingen zeer veel putride, een weinig faecael stinkende pus uit den buikwand. De helft der draden uit de vagina verwijderd. Temperatuur post operationem steeds boven 38°, soms tot 39.5°.

28. XII. Wond kleiner. Ettering vermindert. Temp. subfebriel.

31. XII. Uit de vagina hangende draden zoo hoog mogelijk afgeknipt.

2. I 98. Bijna geen ettering meer uit de buikwond.

6. I Pollakurie. Pijn na het wateren. Urine sterk alkalisch. Temp. nog steeds licht subfebriel.

10. I. Wondranden geheel vergroeid. Temp. normaal.

16. I. Genezen ontslagen.

XXXI. *Klacht:* Profuse, irregulaire menstruatie. Frequente mictie. *Diagnose:* Gonorrhoe, condylomata acuminata, multipele uterusmyomen.

Laparotomie. Laquear posterius geïncideerd. Getracht nu portio naar binnen te halen. Mislukt.

Laquear anterius geopend. Ligamenta onderbonden. Uterus verwijderd. Genezen.

No. 133. Cursus 97/98. 37 jaar, ongehuwd, dienstbode.

*Diagnose.* Gonorrhoe, condylomata acuminata, multipele uterusmyomen.

*Therapie.* Abdominale uterusexstirpatie.

3. I. 98. *Anamnese.* Sinds 2 jaar menstruatiestoornissen, ziek er bij, menses onregelmatig, langdurig, stukjes er bij. Mictie frequent, ontlasting geregeld.

4. I. *Stat. praes.* Onderzoek in narcose. Uterus niet sterk vergroot, aan den voorwand een subsereus fibromyoom, een ganzeneigroot aan den linkerwand en een kinderhoofdgroot aan den rechterwand, bewegelijk. Tijdens de narcose de bestaande condylomata acuminata weggekrabd.

6. I. Injecties met nitras argenti in de urethia.

11. I. *Operatie.* Narcose. Desinfectie. Laparotomie. Trendelenburgsche ligging. Peritoneum aan de achterzijde over uterus en tumoren dwars geincideerd om de portio te bereiken en binnen de peritoneaalholte te brengen na klieving van het laquear post. Daar de kogeltang, die van uit de vagina vooraf aan de portio geplaatst was, afschoot, gelukte het niet de portio dadelijk te vinden. Daarom werd van de Doyen'sche methode afgezien en verder volgens Freund uterus en tumoren verwijderd. Ook aan de voorzijde werd het peritoneum over den uterus gekliefd, de blaas stomp losgemaakt van den uterus. Bij het losmaken van het peritoneum bloedde het uit uterus en tumoren op verschillende plaatsen, waartegen omsteking en onderbinding. De ligamenta lata werden dubbel onderbonden, de vagina aan de voorzijde geopend, de uterinae onderbonden en de uterus met tumoren geheel verwijderd. De scheur, die door de exstirpatie in het peritoneum ontstaan was, wordt gehecht, vagina door hechtingen gesloten, buikwond gesloten en daar het nergens bloedde, geen zandzak op den buik.

13—20. I. Geringe temperatuurverhooging. Hoogste temp. 38.2°.

20. I. Hechtingen verwijderd, goed litteeken, geen klachten.

31. I. Genezen ontslagen.

XXXII. Klacht: Retentio en incontinentia urinae. Diagnose: Cystoma ovarii et myomata uteri. Laparotomie. Sterke adhaesies in cavum Douglasii. Cysteuse tumor in het cavum Douglasii, scheurt in bij losmaken der adhaesies. Nu eerst rechts, dan links adnexa vrijgemaakt en onderbonden. Uterus naar buiten gebracht. Laquear anterius geopend. Nu verder de adhaesies losgemaakt. Er blijkt één cysteus myoom en kleinere myomen en een cysteus rechter ovarium te zijn. Geringe steekkanaalettering met wat koorts. Genezen.

No. 16. Cursus 98/99. 43 jaar, dienstbode, ongehuwd.

*Diagnose.* Cystoma ovarii en myomata uteri.

*Therapie.* Abdominale exstirpatie van uterus en adnexa.

29. VII. 98. *Anamnese.* Sinds drie weken last van retentio urinae, soms incontinentie, pijn bij het wateren. Ontlasting traag, pijnlijk. Menses normaal, laatste keer te vroeg. Sinds 8 dagen tweemaal daags gecatheteriseerd. Vermagerd.

31. VII. In urine vrij veel albumen, veel etterlichaampjes, enkele chromocyten en blaasepithelien. Vrij aanzienlijk sediment. Reactie zuur.

*Onderzoek in narcose.* In den buik tot 2 vingers onder den navel een licht hobbelige tumor (knobbels meest rechts) voornamelijk rechts van de mediaanlijn, onduidelijk onbewegelijk. Per vaginam onderzocht, blijkt de uterus omhoog getrokken te zijn en naar rechts te liggen, portio hoog achter de symphysis. Cavum Douglasii gevuld door een elastischen tumor, die duidelijk samenhangt met den tumor rechts. Geen fluctuatie aan te toonen, tumor onbewegelijk, steel noch adnexa te voelen. *Diagnose.* Cystoma ovarii waarschijnlijk rechts, misschien

uterus myomatosus, wanneer niet de oneffenheden van den tumor de meer solide deelen van een multiloculair ovariumcystoom zijn. Door de onbewegelijkheid worden vergroeiïngen waarschijnlijk.

31. VIII. *Operatie*, (dr. Semmelink). Met het oog op de mogelijkheid eener totaalexstirpatie, ook de vagina gedesinfecteerd. Nogmaals onderzocht, na ontlediging der blaas tumoren duidelijker, diagnose dezelfde. Trendelenburgsche ligging.

Incisie in de linea alba, peritoneum voorzichtig geopend met het oog op adhaesies. Blaas hypertrophisch, reikt zeer hoog. Behalve den uterus met tal van kleine myomen bleek er in de diepte sterk vergroeid een cyste te bestaan. Pogingen om de adhaesies in het cavum Douglasii op te heffen hadden slechts gedeeltelijk succes. Zeer vaste adhaesies. De cyste scheurde in en ontlastte donker vocht. Het losmaken der adhaesies daar werd nu voorloopig opgegeven en de andere adhaesies zooveel mogelijk losgemaakt. Buikwond wordt vergroot, de darmen zijn door de respiratiebewegingen lastig binnen te houden en worden met warme doeken bedekt.

Nu worden rechts eerst de adnexa vrij gemaakt tot aan den uterus (onderbindingen met zijde), daarna links. Hier wordt verder het ligamentum latum gedeeltelijk langs den uterus onderbonden. Er is nu ruimte om uterus en tumor aan te haken en buiten het bekken te brengen. Het peritoneum aan de voorzijde van den uterus wordt losgesneden en stomp de blaas van den uterus losgemaakt, de vagina aan de voorzijde geopend op geleide van een door een assistent in de vagina gebrachte koorntang. Nu wordt links het geheele ligamentum latum afgebonden, daarna de adhaesies van den tumor in het cavum Douglasii weer iets verder losgemaakt. Het ligamentum latum dextrum wordt eveneens geheel afgebonden en nu met het mes de tumor van darmen en rectum vrijgemaakt. Ten slotte gelukt dit geheel; met dunne zijden hechtingen werd zoover dit ging (3 of 4 hechtingen) het peritoneum over het rectum genaaid, de onderbindingsdraden

deels kort afgeknipt, deels in de vagina geleid. Een jodoformgaastampon werd, nadat bij de nu rustige respiratie de darmen geheel uit het kleine bekken verwijderd konden gehouden worden, in het cavum Douglasii tegen de adhaesies aangelegd en in de vagina tot buiten de vulva gebracht. Buikwond gehecht door alle lagen. Zandzak op den buik.

Operatie duurde 2½ uur. Pols goed. Bloeding niet overmatig, meest uit de adhaesies, hield meest zonder onderbinding op. Corpus uteri is langgerekt, onregelmatig van vorm door de myomen, die meerendeels breed gesteeld subsereus zijn. Enkele grootere tot kalkoeneigroote myomen zijn verkalkt. Het rechter ovarium is cysteus gedegenereerd, barstte bij de onderbinding van het ligamentum latum en ontlastte bloedig, donker slijm. De in het cavum Douglasii vergroeide tumor blijkt een cysteus myoom te zijn, binnen in een der nog bestaande zakken is een solide tumor. Microscopisch praeparaat bevat sarcomateuze gedeelten.

1. IX. Pat. laat urine loopen, heden en volgenden dag geringe koorts tot 38.5°.

9. IX. Hechtingen verwijderd, uit enkele steekkanalen dikke pus. Wondranden een beetje rood, verder wond per primam genezen.

11. IX. Uit enkele steekkanaaltjes nog vrij veel etter.

21. IX. Nog altijd steekkanaalettering. Geringe koorts.

1. X. Op een klein granuleerend plekje na alles gesloten. Vaginaalhechtingen verwijderd.

2. X. Genezen ontslagen.

XXXIII. Klacht: Pijn, opzetting van den buik. Menstruatiestoornis. Diagnose: myoma uteri.

Laparotomie. Uterus naar buiten. Laquear posterius geopend. Portio gepakt, arteriae uterinae onderbonden.

Voorlip omsneden, peritoneum voor geopend. Liga-

menta lata onderbonden. Uterus verwijderd. Genezen.

No. 28. Cursus 98/99. 44 jaar, gehuwd.

*Diagnose.* Myoma uteri.

*Therapie.* Abdominale uterusexstirpatie.

21. IX 98. *Anamnese.* Sinds 5 jaar pijn in den buik. Laatste 3 jaar erger, buik dik geworden. Menses in den laatsten tijd wat ruim, soms wat pijn vooraf. Geen fluor albus. Geen partus of abortus. Functies normaal

22. IX. *Stat. praes.* Narcose. Buik opgezet door een vrij harden tumor, die tot vingerbreed boven den navel reikt. Lange cervix gaat geleidelijk in een bewegelijken tumor over ter grootte van een manshoofd. Cervix beweegt met tumor mee. Beiderzijds adnexa te voelen.

24. IX. *Operatie.* Narcose. Desinfectie. Stevige jodoformgaastamponnade van de vagina om later van de buikholte uit de vagina makkelijk te herkennen. Buikwand tusschen navel en symphysis laagsgewijze geïncideerd, incisie ±12 cM. lang. De gladde harde, geheel vrije tumor wordt nu met Muzeux'sche tangen naar buiten gehaald. Trendelenburgsche ligging. De tumor wordt naar voren gehaald en het laquear posterius, dat door de tampon sterk uitgezet was, door een dwarse incisie geopend. De tampon wordt, van onder uit, uit de vagina verwijderd. Nu wordt de portio door de gemaakte opening in de peritoneaalholte gehaald en de beide arteriae uterinae onderbonden. Hierop wordt de voorlip omsneden en de blaas teruggeschoven, waarna het peritoneum aan de voorzijde van den uterus door een dwarse incisie wordt geopend. De ligamenta lata worden beiderzijds elk in een ligatuur gevat, buiten de adnexa, en mediaan van de ligatuur doorgesneden, daarna tumor met adnexa verwijderd. Enkele bloedende vaten worden omstoken, de vagina weer met het peritoneum bedekt, daarna de buikwond met hechtingen door alle lagen gesloten. Buik gewasschen met alcohol en sublimaat. Jodoformgaasverband.

27. IX. Paar dagen post operationem subfebriele temp.

3. X. Hechtingen verwijderd. Wond volkomen genezen.

13. X. Genezen ontslagen.

XXXIV. Klacht: Opgezette buik. Profuse menstruatie. Diagnose: Fibromyomata uteri.

Laparotomie. Tumor naar buiten gehaald. Cavum Douglasii geopend. Portio van de buikholte uit gepakt. Ligamenta lata doorgesneden, vaten afzonderlijk onderbonden. Uterus verwijderd. Post operationem collaps. Geringe koorts met ettersecretie per vaginam. Genezen.

N°. 202. Cursus 98/99. 28 jaar, gehuwd.

*Diagnose.* Fibromyoma uteri.

*Therapie.* Abdominale uterusexstirpatie volgens Doyen.

7. III. 99. *Anamnese.* Sinds 12 jaar opgezette, een weinig pijnlijke buik, in de laatste jaren weinig toegenomen. Menses langdurig (14 dagen) profuus. Geen partus (½ jaar getrouwd). Functies normaal.

*Stat. praes.* Onderzoek in narcose. Buik sterk opgezet. Percussietoon in het midden dof, aan de zijkanten darmtoon. Tumor voelt als sterk gespannen cyste. Bij bimanueel onderzoek blijkt, dat de fundus uteri niet te voelen is, maar dat de uterus in den tumor overgaat, de tumor is niet naast den uterus te voelen. Zelfde resultaat bij onderzoek per rectum, terwijl de portio met een Muzeux'sche tang naar beneden wordt gehaald. Trekt men de portio sterk naar beneden, dan ligt de uterus in het midden, laat men los, dan gaat hij naar rechts. Links van den tumor is een ovarium te voelen, rechts niet, wel voelt men rechts van den tumor strengen schuin naar beneden loopen. Waarschijnlijkheidsdiagnose gesteld op fibromyoma uteri. Operatie aangeraden.

10. III. *Operatie.* Narcose. Desinfectie. Jodoformgaastampon stevig

aangedrukt in de vagina. Trendelenburgsche ligging. Incisie in de linea alba van even boven de symphysis tot aan den navel. Bij opening van den buik komt men onmiddellijk op den vergrooten uterus, die bijna voor een zwangeren uterus imponeert. (Anamnese gaf echter geen teekenen van graviditeit; geen harttonen of kindsbewegingen te hooren.) De geheele tumor wordt nu naar buiten gehaald, hij heeft de grootte van een volwassen manshoofd. Op den tumor zit boven een cyste, de adnexa gaan onder van den tumor af, dus zeker geen gravide uterus.

In Trendelenburgsche ligging de darmen met een paar tupfers teruggehouden. De tumor wordt nu door een assistent naar buiten en naar de symphysis getrokken. Het peritoneum van het cavum Douglasii en de achterste vaginaalwand worden geopend, de vaginaaltampon wijst den weg. De portio wordt aangehaakt en naar achteren getrokken en, nadat zoo de voorste vaginaalwand in het gezicht is gekomen, deze geopend, vervolgens stomp de blaas teruggeschoven. De uterus is nu alleen nog aan de ligamenta lata bevestigd. Eerst rechts, daarna links worden deze langs den uterus doorgesneden en de bloedende vaten met Péansche pincetten gepakt, en de tumor verwijderd. Het peritoneum van de blaas scheurt vanzelf af. Vrij sterke bloeding. Er zijn overal veel groote venae, ook vaten uit den tumor zelf maken, dat de buikholte vol bloed ligt. Met tupfers wordt dit grootendeels verwijderd en nu blijken nog eenige vaten te spuiten, die met Péansche pincetten gepakt worden. Daarop worden de pincetten door ligaturen vervangen. De bloeding schijnt nu te staan. Eerst wordt nu de peritoneaalholte, nadat de vaginaaltampon verwijderd is, beneden door hechtingen gesloten, gaande van het peritoneum van het cavum Douglasii naar dat van de blaas. Vervolgens wordt de buikwond met drie étagehechtingen gesloten. Hechtmateriaal oliecatgut.

Jodoformgaasverband. Compressie van den buik.

's Av. syncope, collaps. Kamferaether-injecties. Voeteneinde van het bed verhoogd. Sterke compressie van den buik. Hypodermoclyse.

11. III. Toestand wordt in den loop van den dag beter. Compressie van den buik weggenomen, omdat zij de respiratie belemmert.

14. III. Temp. 38° Pols 120. Tong beslagen, vochtig.

16. III. Pols en temp. nog iets te hoog.

18. III. Polsfrequentie beter. Temperatuur nog weinig verhoogd.

19. III. Verbandwisseling. Wond genezen p. p. i.

31. III. Laatste dagen intermitteerende koorts. Bij onderzoek opening gevonden in den fundus vaginae, waaruit zich etter ontlast, opening met een vinger wat verwijd. Links is een exsudaat te voelen.

4. IV. Nog steeds intermitteerende koorts.

10. IV. Koortsvrij. Geen pijn. Staat op.

13. IV. Genezen ontslagen.

## XXXV. Klacht: Gezwel in den buik. Profuse menstruatie. Diagnose: subsereuze en intramurale fibromyomen.

Laparotomie. Uterus naar buiten gehaald. Laquear posterius geopend. Portio van uit de buikholte gepakt. Ligamenta lata doorsneden. Vaten afzonderlijk onderbonden. Uterus verwijderd. Geringe koorts. Genezen.

No. 246. Cursus 98/99. 44 jaar, gehuwd.

*Diagnose.* Subsereuze en intramurale fibromyomen.

*Therapie.* Abdominale uterusexstirpatie volgens Doyen.

2. V. '99. *Anamnese.* Komt voor een gezwel in den buik, voor eenige jaren als een kleine dikte bemerkt. In laatsten tijd snel gegroeid. Weinig last er van, wat benauwd na den eten. Menses langdurig profuus, met stukken, pijnlijk. Nooit zwanger. Ontlasting traag. Mictie normaal. Zeer anaemisch.

*Stat. praes.* Groote haemorrhoidaalknobbels ad anum. In den buik is een oneffen tumor te voelen, waarvan enkele deelen bewegelijk zijn. Tumor reikt tot aan navel. Portio vaginalis is naar achteren gericht. Tumoren hangen innig samen met cervix en uterus. Geheele conglomeraat bewegelijk. Indicatie tot amotie: grootte van den tumor en anaemisch uiterlijk van patiente.

5. V. *Operatie.* Narcose. Desinfectie van vulva vagina en buikhuid. Vagina stijf met jodoformgaas getamponneerd. Incisie in de linea alba onder den navel ± 15 c.M. lang. Tumor wordt met Muzeux'sche tangen naar buiten getrokken. In het cavum Douglasii wordt het peritoneum langs den uterus doorgesneden en vervolgens de vaginaalwand, waarbij de tampon den weg wijst. De portio vaginalis wordt met een Muzeux'sche tang naar achter omgetrokken, zoodat het laquear ant. in het gezicht komt. Ook daar wordt de vagina van de portio losgesneden en de blaas stomp losgemaakt, zoodat de uterus nu alleen nog aan de ligamenta lata verbonden is. Van onder naar boven gaande worden deze doorgesneden, de bloedende vaten afzonderlijk met klempincetten gepakt en deze door ligaturen vervangen, nadat uterus en tumoren verwijderd zijn. Bloeding zeer gering. De peritoneaalholte wordt nu gesloten, door hechting van het peritoneum van de voor- aan dat van de achterzijde. Buikwond in 3 étages met catgut gesloten. Oliecatgut. Jodoformgaasverband. Zandzak.

6. V. Temp. 38.6°. Tampon uit de vagina verwijderd.

9. V. Temp. normaal.

14. V. Wond per primam genezen.

25. V. Genezen ontslagen.

XXXVI. Klacht: Buikpijn. Irregulaire menstruatie. Diagnose: multipele subsereuze fibromyomen. Laparotomie. Uterus naar buiten gehaald. Laquear post. geopend. Portio van de peritoneaalholte uit gepakt. Ligamenta

afgesneden. Vaten afzonderlijk onderbonden. Geringe koorts. Genezen.

No. 251. Cursus 98/99. 47 jaar, ongehuwd.

*Diagnose.* Multipele subsereuze fibromyomen.

*Therapie.* Abdominale uterusexstirpatie volgens Doyen.

5. V. '99. *Anamnese.* Voor 6—7 jaren pijn in den buik, aanvalsgewijs, soms aanvallen, die ½ jaar duurden. Menses in laatsten tijd wat ongeregeld, langduriger en profuser dan vroeger. Functies normaal. Veel koorts. Migraine.

8. I. *Stat. praes.* Buik is opgezet en vertoont oneffenheden, die bij betasting harde tumoren blijken te zijn, die in den buik zitten. Ook bimanueel komt men tot diagnose subsereuze uterusfibromyomen. Om de last, die pat. er van heeft, verwijdering aangeraden.

*Operatie.* Narcose. Desinfectie. Trendelenburgsche ligging. Incisie in de linea alba beneden den navel ± 15 cM. lang. De tumor, die achter de wond ligt, wordt met een groote haaktang naar buiten getrokken, na met de hand losmaken van eenige adhaesies. Achter den uterus ingaande wordt nu het peritoneum in het cavum Douglasii ingesneden benevens de achterste vaginaalwand op een vooraf in de vagina ingevoerde jodoformgaastampon, vlak langs den cervix. De portio wordt nu met een Muzeux'sche tang naar achteren omgetrokken, de nu voor den dag komende voorste vaginaalwand doorgesneden en de blaas zeer vlug en gemakkelijk stomp losgemaakt. De linker arteria uterina scheurt door en wordt met een arteriepincet gevat. Het ligamentum latum dextr. wordt nu langs den uterus afgesneden en de bloedende vaten met een pincet gepakt. Peripheer van het ovarium, wordt een arteriepincet aangelegd en zoodoende het ligamentum infundibulo-pelvicum en de arteria spermatica gevat en met catgut afgebonden. Het pincet blijft liggen ter orientatie bij de latere hechting van het peritoneum. Nu evenzoo het linker ligam. latum van den

uterus afgesneden en de uterus verwijderd. De pincetten worden door ligaturen vervangen. Het peritoneum van voor- en achterzijde wordt aan elkaar gehecht en zoo de peritoneaalholte naar onder afgesloten. Buikwond gesloten in 3 étages met een doorloopende catgutdraad. Jodoformgaasverband. Zandzak. Hechtmateriaal oliecatgut.

19. V. Pat. klaagt over kortademigheid. Links voor op den thorax percussietoon wat hooger dan rechts. Ademgeruisch scherp, hier en daar bronchiaal met enkele rhonchi. Achter percussietoon gelijk. Beiderzijds achter onder rhonchi. Pat. hooger gelegd. Inf. senegae en spir. amm. anis. Temp. iets verhoogd 38.5°.

15. V. Verbandwisseling, wond ziet er goed uit.

17. V. Kortademigheid minder. Temp. normaal.

27. V. Genezen ontslagen.

XXXVII. Klacht: Gezwel in den buik. Laatste menstruatie zeer profuus. Diagnose: Dubbelzijdige ovariaalcyste; durante operatione intraligamentair fibromyoma uteri. Laparotomie. Uterus naar buiten gehaald. Tumor geënucleëerd. Uterus en vagina hierbij geopend. Lig. infundibulo-pelvica onderbonden. Laquear posterius geopend, portio naar binnen gehaald. Ligamenta lata doorgesneden. Vaten afzonderlijk onderbonden. Uterus verwijderd. Post operationem collaps. Geringe koorts, gering exsudaat rechts. Genezen.

N°. 253. Cursus 98/99. 37 jaar, gehuwd.

*Diagnose.* Dubbelzijdige ovariaalcyste, durante operatione blijkt het te zijn een intraligamentair fibromyoma uteri.

*Therapie.* Abdominale uterusexstirpatie.

8. V. 99. *Anamnese.* Pat. komt op raad van haar medicus ter operatie. Klachten alleen over den tumor, alleen laatste menstruatie

zeer profuus en langdurig. Sinds haar laatste bevalling (2 Jan.) weet zij, dat zij een tumor in den buik heeft. Menses vroeger steeds normaal. 11 partus, 2 laatste met kunsthulp en kinderen dood, laatste 2 Jan. 1899. Functies normaal.

*Stat. praes.* Anaemisch uiterlijk. Buikwand slap, in den buik ligt een tumor, bij uitwendig onderzoek duidelijk door te voelen, bij druk pijnlijk. Buik is opgezet. *Onderzoek in narcose*: Daar het niet mogelijk is tusschen de verschillende tumoren uit te maken wat de uterus is, wordt de sonde ingevoerd. Uterus in anteflexie (corpus uteri zeer bewegelijk) en naar rechts. Links gaat iets onder den fundus een streng af, die den steel vormt van een grooten bewegelijken tumor, waarop een kleinere zit. Rechts achter in het cavum Douglasii is ook een tumor te voelen, kleiner, vrij week en onbewegelijk. Diagnose gesteld op dubbelzijdige ovariaalcyste.

12 V. *Operatie.* Narcose. Desinfectie. Trendelenburgsche ligging. Incisie in de linea alba onder den navel, 15—20 c.M. lang. De groote tumor aan den linkerkant wordt naar buiten gehaald en blijkt een fibromyoom te zijn, dat zich in het ligam. latum sin. ontwikkeld heeft. Tevens blijkt de rechter tumor in het cavum Douglasii eveneens een myoom te zijn, dat een geheel vormt met het groote myoom. Uterus met myomen worden nu uit de buikholte gehaald. De kleine tumor ligt achter en is dus niet intraligamentair ontwikkeld. Daar de vagina niet gedesinfecteerd is, tracht Z. H. G. den tumor te verwijderen en den uterus terug te laten. Het peritoneum wordt over den intraligamentairen tumor doorgesneden en daarbij het ligamentum rotundum, dat er over heen loopt afgebonden en doorgesneden. Hierop wordt de tumor stomp uit het bindweefsel van het ligamentum latum losgepeld. De blaas, die gedeeltelijk (linkerdeel) aan den tumor vastzat wordt stomp daarvan losgemaakt. Ten slotte wordt de tumor van den uterus losgesneden, maar daarbij wordt de uterusholte geopend. Na verwijdering van den tumor blijkt ook de vagina

geopend te zijn. Hierom wordt besloten toch maar den uterus te exstirpeeren, als zijnde waarschijnlijk minder gevaarlijk dan hechten van den uterus. Eerst worden de ligamenta infundibulo-pelvica „en masse" onderbonden en afgeknipt, daarna de vagina aan de achterzijde van de portio doorgesneden, de portio met Muzeux'sche tangen door die opening in de peritoneaalholte gehaald en na doorsnijden van de vagina aan de voorzijde de blaas voor zoover die nog vastzit, stomp losgemaakt. De uterus is nu alleen nog bevestigd aan de ligamenta lata. Deze worden van beneden naar boven doorgesneden en daarbij de arteria uterina en andere eventueel spuitende vaten afzonderlijk met arteriepincetten gepakt en daarna onderbonden. Het bloed wordt nu snel uit de buikholte weggeveegd en de peritoneaalholte gesloten door hechting van de beide bladen van de ligam. lata aan elkaar en het peritoneum van het cavum Douglasii aan dat van de blaas. Een arterie spuit nog en wel een tak der art. uterina sin. waardoor pat. met de bloeding in het begin ondertusschen veel bloed verloren heeft. Na afbinden van dat vat wordt de buikholte gesloten met 3 étagehechtingen van catgut (hechtmateriaal oliecatgut). Jodoformgaasverband. Compressie van den buik.

Kort na de operatie is de pols niet te voelen. Wat bloed gaat af per vaginam. Jodoformgaastampon in de vagina, hoofd laag, beenen hoog. Kamferinjecties, hypodermoclyse.

13. V. Temp. normaal. Pols iets beter.

14. V. Temp. normaal. Pols 144. Verbandwisseling.

20. V. Laatste dagen geringe temp. verhooging. Paar maal 38.4°. Verbandwisseling. Wond per primam genezen. Rechts in den buik gering exsudaat te voelen.

31. V. Ontslagen. Links per vaginam nog klein infiltraat te voelen.

XXXVIII. Klacht: moeheid en pijn in de lenden. Diagnose: Fibromyoma cervicis uteri.

Per vaginam laquear anterius geopend. Tumor gedeeltelijk geënucleëerd. Extractie mislukt. Laparotomie. Laquear posterius geopend. Ligamenta lata doorsneden, vaten afzonderlijk onderbonden. Uterus geexstirpeerd. Genezen.

No. 207. Cursus 98/99. 45 jaar, gehuwd.

*Diagnose.* Fibromyoma cervicis uteri.

*Therapie.* Uterusexstirpatie gedeeltelijk vaginaal, gedeeltelijk abdominaal.

14. III. 99. *Anamnese.* Sinds geruimen moe gevoel in de lendenen. Dezen zomer erger, toen ook tijdens menses pijn in de stuit, niet voortdurend, niet erger door ontlasting, na een week over, nu voor 8 dagen pijn weer terug. Menses geregeld. Fluor albus. 4 Partus, laatste voor 14 jaar. Functies normaal.

*Stat. praes.* Livide genitalia externa. Prolaps van den achtersten vaginaalwand. Kinderhoofdgroote tumor, reikt tot boven den bekkenin gang in verbinding met den rechterwand van den cervix, uterus naar links verdrongen. Beide ligamenta rotunda duidelijk te voelen. Linker adnexa onduidelijk te voelen. Rechter tuba loopt over den tumor heen, deze vervolgende komt men aan een verhevenheid op den tumor, misschien het ovarium, waarschijnlijker een klein myoom, dat op het eerste zit.

15. III. *Operatie* vaginaal begonnen. Narcose. Steensnedeligging. Desinfectie. Laquear anterius wordt geopend, na aanhaking van de portio met een Muzeux'sche tang. Blaas stomp losgemaakt en met een vinger zoo diep ingegaan, dat deze den tumor bereikt. Ook wordt getracht stomp den tumor uit te pellen, waarbij het peritoneum ongeopend blijft en voorzichtig naar boven wordt geschoven. Nadat het lospellen over een groote uitgestrektheid is gelukt, wordt de tumor met Muzeux'sche tangen gepakt, maar het gelukt niet hem naar buiten te krijgen. Om meer

plaats te krijgen wordt het onderste deel van het ligamentum latum dextr. afgebonden en doorgeknipt, maar ook nu gelukt het slechts na zeer veel moeite een klein stukje van den tumor naar buiten te trekken. Na nog eenige verdere vergeefsche pogingen en nadat de operatie reeds lang geduurd had, wordt besloten de laparotomie te doen.

Desinfectie van den buik. Trendelenburgsche ligging. Incisie in de linea alba, vrij hoog om in ieder geval de blaas te sparen. De kapsel van den tumor wordt gespleten om den tumor zoo te enucleëeren. Spoedig wordt echter besloten ook den uterus weg te nemen. Eerst wordt nu het peritoneum van het cavum Douglasii geopend en de achterste vaginaalwand. De uterus is nu nog slechts aan de ligam. lata bevestigd. Eerst wordt nu links het ligam. latum langs den uterus doorgesneden en de bloedende vaten afzonderlijk met arteriepincetten gevat en daarna afgebonden. Evenzoo rechts, daarop de tumor met den uterus verwijderd. Tubae en ovaria worden teruggelaten. De buikholte wordt met tupfers uitgeveegd en de peritoneaalholte van onderen gesloten door vereeniging van het peritoneum van het cavum Douglasii met dat van de blaas. Vervolgens sluiting van de buikwond. Hechtmateriaal oliecatgut. Jodoformgaasverband. Compressie van den buik.

22. III. Bovenin de wond een klein plekje met geringe suppuratie, overigens per primam genezen.

3. IV. Genezen ontslagen.

### *Operatiemethoden.*

In de 9 gevallen, waar dadelijk de laparatomie werd verricht, werd in hoofdzaak geopereerd volgens 3 methoden. In alle gevallen werd geopereerd in Trendelenburgsche ligging, waarin pat. gebracht werd, nadat, na de gewone voorbereiding, de buikholte was geopend, door een incisie, welker lengte of plaats afhing van de

grootte van den tumor. Steeds werd geïncideerd in de linea alba.

In geval XXIX en XXXII en ook in geval XXXI nadat daar de methode van Doyen niet gelukt was, door dat de portio, door afschieten van de kogeltang, niet dadelijk te vinden was, werd geopereerd op de volgende wijze:

Na opening van de buikholte werd getracht den tumor naar buiten te halen, wat alleen in geval XXIX gelukte. Op een door een assistent in de vagina gebrachte Muzeux'sche tang, waarmee de portio gepakt wordt, wordt nu eerst van boven uit tot door den voorsten vaginaalwand ingesneden, dan rechts en links de ligamenta lata onderbonden, te beginnen met de arteriae uterinae, en doorgesneden. Nu wordt de portio circulair omsneden en de nu geheel vrije tumor verwijderd. Eventueel nog bloedende vaten worden omstoken.

Slechts in het eerste geval kon de operatie geheel naar dit plan volvoerd worden. In geval XXXII, waar de diagnose gesteld was op cystoma ovarii et myomata uteri, waren het de adhaesies in het cavum Douglasii, die dwongen een eenigszins anderen weg in te slaan. Toen n.l. het losmaken der adhaesies niet gelukte, werden eerst de beide aduexa losgemaakt en onderbonden en links voor een groot gedeelte ook het ligamentum latum. Nu konden uterus en tumoren naar buiten gehaald worden en na opening der vagina aan de voorzijde en verdere onderbinding der ligamenta lata de adhaesies worden losgemaakt, waarop na geheele om-

snijding der portio de tumor werd verwijderd. De groote tumor bleek nu een cysteus gedegenereerd fibromyoom te zijn, terwijl verder verscheidene subsereuse myomen en een cysteus gedegenereerd rechter ovarium aanwezig waren. In geval XXXI werd eerst getracht naar Doyen te opereeren en daarom eerst het cavum Douglasii geopend, verder werd volgens de aangegeven methode geopereerd, alleen werd de onderbinding der ligamenta lata van boven af begonnen.

In één geval XXX werd eerst supravaginale amputatie verricht en de steel in eenige partijen onderbonden, en hierop door incisie van den fornix anterior en posterior van boven uit de cervixstomp geëxcideerd.

In de vijf overige gevallen werd in hoofdzaak volgens de door Doyen aangegeven methode geopereerd. Behalve in geval XXXVII, waar oorspronkelijk alleen het plan bestond de myomen te enucleëeren, werd na desinfectie van buikwond en vagina de vagina stevig met jodoformgaas getamponneerd, om daardoor gemakkelijker de vagina te kunnen vinden. Na incisie van den buik werd nu de tumor naar buiten gehaald en door een assistent naar boven en naar de symphysis getrokken. Op de tampon werd nu het laquear posterius dwars geïncideerd, de tampon werd van onder uit verwijderd en nu werd met een Muzeux'sche tang de portio vaginalis door de opening van het laquear posterius in de buikholte gehaald. Hierna werd de voorlip der portio omsneden, de blaas stomp teruggeschoven en het peritoneum aan de voorzijde geopend, zoodat de

uterus nu nog alleen aan de ligamenta lata bevestigd was. Behalve in het eerste geval, waar de ligamenta in toto werden onderbonden, werden nu de ligamenta doorgesneden en de spuitende vaten door arteriepincetten gevat en later afgebonden en de uterus met de tumoren verwijderd. Eventueele bloeding werd gestelpt en het peritoneum van het cavum Douglasii aan dat van de voorzijde vastgenaaid, waarop de buikholte werd gesloten. In geval XXXVII ging men op dezelfde wijze te werk, nadat bij pogingen de myomen te enucleëeren de uterusholte en de vagina geopend waren, en daarom tot totaalexstirpatie was besloten. Alleen werden hier voor de opening van het cavum Douglasii de ligamenta infundibulo-pelvica beiderzijds onderbonden en doorgesneden en werd de vagina zonder vooraf ingebrachte tampon of tang geopend.

In de drie laatste gevallen werd de buikwond met catgut in drie étages gehecht, in de meeste overige met zijden hechtingen door alle lagen, soms met een catgut-hechting alleen voor de fascia er bij.

In geval XXXVIII, waar eerst de vaginale enucleatie werd beproefd, werd, toen dit mislukte eerst getracht het kinderhoofdgroote cervicaalmyoom per laparotomiam te enucleëeren, doch werd spoedig besloten den geheelen uterus te exstirpeeren, waartoe de ligamenta lata werden doorgesneden en de vaten afzonderlijk onderbonden. Waar reeds vaginaal de peritoneaalholte voor en achter was geopend, kon de uterus nu verwijderd worden en werd het peritoneum van het cavum Douglasii

aan dat van de blaas gehecht, waarna de buikwond werd gesloten.

---

**Resultaten.**

Van de 38 geopereerde gevallen genazen er 36, twee patienten stierven. Dit geeft dus een mortaliteit van 5,27 %. Hiervan was er echter een, geval III ten gevolge van acute chloroformintoxicatie, wat dus moeilijk aan operateur of operatiemethode geweten kan worden. De andere patiente, geval XIII, bezweek vier dagen post operationem onder niet zeer duidelijke verschijnselen: geringe koorts, eens temperatuur 38,7°, verder steeds lager, somnolentie, hevige buikpijn, meteorismus, geen braken, geen ontlasting, ook niet na ol. ricini of een glycerinespuitje, wel flatus. Bij vaginaal onderzoek werd veel bruin stinkend vocht ontlast. Bij de sectie werden duidelijke teekenen van peritonitis gevonden. Waar echter durante vita de teekenen van peritonitis niet duidelijk waren en er ook verschijnselen waren, wijzende op darmparalyse, is het moeilijk uit te maken, in hoever een infectie door de operatie, of in hoever een darmparalyse met beginnende necrose van den darm aanleiding heeft gegeven tot het ontstaan eener peritonitis. De mucosa van het colon zag koolzwart, wat misschien voor de laatste opvatting zou pleiten. De duidelijke teekenen van peritonitis speciaal in het cavum Douglasii pleiten echter sterk voor de eerste

opvatting dus voor infectie bij de operatie als doodsoorzaak.

Beide sterfgevallen kwamen voor bij de vaginale operaties, het eerste bij een myomectomie, het tweede bij een uterusexstirpatie. De twaalf laparotomiën genazen allen.

Waren dus de resultaten wat de mortaliteit aangaat gunstig te noemen, minder gunstig waren die van het reconvalescentietijdperk; stoornissen, zij het dan ook meest geringe, kwamen nog al eens voor. Opgemerkt dient intusschen hierbij te worden, dat elke zelfs de kleinste koortsverheffing, als stoornis is aangemerkt. Ook verdient gememomeerd te worden dat in de Leidsche Kliniek de temperatuur iedere twee uren opgenomen wordt. Op deze gevallen komen wij bij de verschillende afdeelingen terug.

*Resultaten der vaginale myomectomie.*

Van de 10 gevallen bezweek één, geval III, tijdens de operatie ten gevolge van de narcose, van de 9 andere kwamen in drie, dus in 33,3% stoornissen voor in het wondverloop; zij het ook slechts in één ernstige.

In geval II en X was enkele dagen na de operatie een lichte temperatuursverheffing te constateeren, hoogste temperaturen respectievelijk 38,9° en 38.3°. In het eerste geval werd de genezing vertraagd door brandwonden aan de kuiten, ten gevolge van een te warme kruik.

Een geval, IX, gaf tijdens de reconvalescentie ernstige

stoornissen. Hier was geopereerd voor intracervicale en intrauterine myomen, waarvan één, een intramuraal, niet werd verwijderd. Na de enucleatie wordt de uterus voor bloeding met jodoformgaas getamponneerd. Denzelfden dag treedt reeds koorts op, 's middags 4 uur 39,5°, tampon verwijderd, de volgende dagen temperatuurverhooging tot 38.7°, dan twee dagen temperatuur normaal, dan intermitteerende koorts met stijgingen tot 41.5° en koude rillingen, dat duurt zoo een week, soms twee stijgingen op een dag, daarna vier dagen temperatuur normaal, eens onderbroken door een stijging tot 39.9° met een koude rilling, daarna weer hooge intermitteerende koorts tot 41.7° met koude rillingen, na een normale periode van 5 dagen weer intermitteerende koorts met koude rillingen, hoogste temperatuur 41.1°. Langzamerhand worden de stijgingen minder en na drie weken eindelijk is de temperatuur normaal; nadat de temperatuur 10 dagen normaal is gebleven en patiënte geen verdere klachten heeft, wordt zij ontslagen.

Behalve een geringe decubitus op het sacrum waren bij patiente geen andere afwijkingen te constateeren.

Als therapie werd de uterus uitgespoeld met $\frac{1}{3000}$ sublimaat en werd later nog unguenteum Credé op de huid ingewreven; ook werd gepoogd de koorts met chinine te bestrijden, waarop echter geen duidelijke koortsvermindering volgde.

Waarvan in deze de infectie is uitgegaan, is niet uit te maken, het meest waarschijnlijk schijnt zij mij wel een gevolg te zijn van de uterustamponnade.

*Resultaten der vaginale uterusexstirpatie.*

Van de 15 genezen gevallen genazen er 7, dat is dus 47 % geheel zonder complicaties, zij het ook, dat in geval XXVII waarschijnlijk een bijkomende ziekte (influenza) de oorzaak der stoornissen geweest is.

In geval XV werd de genezing gecompliceerd door een pneumonie met vrij hooge koorts.

Ook in geval XVI traden na de operatie matige koortsverheffingen op, als oorzaak waarvan een gering parametritisch exsudaat werd gevonden.

In geval XVIII ontstond een harde pijnlijke zwelling in de ileocoecaalstreek gepaard met een onregelmatig intermitteerend koortstype, hoogste temperatuur 39° met vrij veel secretie uit de vagina.

In geval XXV en XXVI werden alleen nu en dan geringe koortsverheffingen geconstateerd.

In geval XVII trad na de verwijdering van een polypeus myoom door afknipping, hooge continue koorts op, hoogste temperatuur 40.4°, zonder verdere verschijnselen. Uit vrees voor een infectie van uit den uterus, werd deze, die ook nog een myoom bevatte, vaginaal geëxstirpeerd, waarbij niets van infectie werd gevonden. Hierna nog een paar dagen geringe koorts. Ook bij later nauwkeurig onderzoek van den uterus werd niets van infectie gevonden. Het vermoeden ligt voor de hand, dat wij hier te doen hadden met een geval van influenza, daar deze in die dagen in de kliniek hevig heerschte. Pat. genas overigens.

In geval XIV werd eenige dagen post operationem urineafgang uit de vagina opgemerkt, waarbij steeds ook spontane mictie. Met zoo goed als geen afscheiding ontslagen, kwam patiente na drie weken terug met meerdere urinesecretie per vaginam. Er werd een uretero-vaginaalfistel geconstateerd, waarmee patiente na een mislukte poging tot operatie wordt ontslagen daar haar echtgenoot verdere operaties niet wenscht.

In geval XXIV ontstond bij de verwijdering van een myoom een scheur in het rectum, die gehecht werd. Toch ontstond een recto-vaginaalfistel, die echter zonder verdere operaties onder behandeling met aluin-glycerine-tampons volkomen genas.

Van een lichte infectie waren dus zeker afhankelijk de stoornissen in 4 dezer gevallen, n.l. geval XVI, XVIII, XXV en XXVI.

Of de pneumonie in geval XV berustte op infectie ten gevolge van de operatie of op een andere oorzaak is moeilijk uit te maken.

In twee gevallen gaf een verwonding van omliggende organen, eens ureter, eens rectum, aanleiding tot stoornissen.

*Resultaten der enucleatio per laparotomiam.*

Beide gevallen genazen, het eerste, XI, zonder stoornis, in het tweede geval, XII, traden tijdens de genezing lichte koortsverheffingen op en op een afstand hoorbare rhonchi. Geen hoest. De wond genas per primam.

*Resultaten der abdominale uterusexstirpaties.*

Van de 10 gevallen genazen er 2, dus 20 % geheel zonder stoornis, nl. geval XXXIII en XXXVI.

In geval XXXVI werd de genezing alleen gestoord door een bronchitis met lichte koorts.

De buikwond genas per primam in 7 gevallen. In de drie overige bestond in geval XXXVIII een geringe ettering uit den bovensten wondhoek, in geval XXXII bestond eenige steekkanaalettering en in geval XXX etterde de buikwond gedurende een vrij langen tijd tamelijk sterk en rook de etter soms een weinig faecaal. In deze drie gevallen trad een lichte koorts op.

In geval XXXIV en XXXVII ontstond na de operatie collaps, die door kamferaetherinjecties, hypodermoclyse etc. werd overwonnen; in beide gevallen trad later wat koorts op, die in het eerste geval na eenigen tijd een intermitteerend karakter aannam. In beide gevallen ontstond er een exsudaat, in het eerste links, in het tweede rechts van de mediaanlijn in het bekken. In het eerste geval bestond ook een vrij sterke etterige secretie uit een opening in den fundus vaginae.

In geval XXIX was er een etterholte in de vagina te voelen, waaruit een vrij sterke secretie bestond. Patient koortste een paar keer tot 38.5°.

In geval XXXI was alleen gedurende een week de temperatuur licht verhoogd.

In bijna al deze gevallen, was dus wel een lichte infectie oorzaak der verschijnselen, alleen misschien niet in geval XXXVI (bronchitis).

*Résumé.*

In 16 van de 36 genezen gevallen, dus in 44,17% was de genezing geheel ongestoord.

In 14 gevallen was de bron van stoornis zeker infectie, in 4 misschien toevallige complicaties.

In twee gevallen gaf de verwonding van naburige organen de stoornis.

Ernstige infectie kwam slechts voor in een geval, IX, pyaemie ook met uitgang in genezing.

**Indicaties.**

Voordat ik overga tot de behandeling der Leidsche gevallen, wil ik kortelings herinneren aan de algemeen geldende indicaties tot operatieve myoombehandeling, en volg hiertoe wat in het »Handbuch für Gynaecologie" Olshausen en Veit dienaangaande zeggen:

Verschillende redenen kunnen bij bestaande myomen leiden tot een poging tot verwijdering. Hiertoe behooren in de eerste plaats een een gevaarlijken graad aannemende bloeding, een indicatie die wel geen verder betoog behoeft, dan incarceratieverschijnselen, vooral retentio urinae, als de opheffing mislukt, of de verschijnselen telkens terugkomen, en daarmee de gevaren brengen eener eventueele infectie der urinewegen. Verder kan ook hevige op geen andere wijze op te

hebben pijn aanleiding zijn tot de operatie. Een vierde indicatie ligt hierin, dat de tumoren een dergelijke grootte verkrijgen, dat zij door haren omvang dyspnoische en andere bezwaren gaan maken; dan de maligne degeneratie der myomen, die echter zeldzaam is en dan nog moeilijk te diagnosticeeren.

De twee laatste indicaties geven wel altijd indicatie tot uterusexstirpatie, respective voor de eerste supravaginale amputatie.

Een indicatie, die natuurlijk alleen tot myomectomie kan doen besluiten is soms gelegen in steriliteit.

Tot verwijdering van het geheele orgaan kan nu verder aanleiding geven multipliciteit der tumoren, de bij de conservatieve operatie gebleken onmogelijkheid een bruikbaren uterus achter te laten eindelijk telkens nieuw ontstaan van myomen na gedane myomectomie.

Dat men bij vrouwen boven het climacterium eerder tot exstirpatie besluit, is duidelijk.

Waar Prof. Veit zelf in het door hem uitgegeven Handbuch der Gynaecologie (Deel II pag. 568) de bespreking der palliatieve behandeling der uterusmyomen begint met te verklaren: »dass ein Myom als solches kein Anzeige zur Entfernung, sei es des Uterus, sei es des Tumors, bildet" volgt hieruit reeds, dat bij de op de Leidsche kliniek door Z. H. G. geopereerde gevallen de indicatie ergens anders gelegen moet zijn.

Als wij nu zullen nagaan welke indicaties in de Leidsche gevallen tot operatie hebben aanleiding ge-

geven, dan behoeft in de eerste plaats wel niet uitdrukkelijk vermeld te worden, dat een poging om na te gaan, welk percentage der zich op het ziekenhuis vertoond hebbende patienten met uterusmyomen geopereerd is, waardeloos is, daar het grootste deel der patienten, die op de Leidsche polikliniek verschijnen, reeds korteren of langeren tijd elders onder behandeling zijn geweest en veelal juist ter operatie gestuurd worden. Nagegaan zal alleen kunnen worden, wat in elk geval de aanleiding heeft gegeven tot de gedane operatie en waarom de in het geval gebruikte methode gevolgd is.

Hoewel niet altijd de indicatie in de betrokken ziektegeschiedenissen uitdrukkelijk is vermeld, is toch wel steeds uit anamnese of status praesens af te leiden, welke indicatie heeft gegolden om tot operatie over te gaan.

*Indicaties tot myomectomie.*

Myomectomien zijn er 12 verricht, 10 vaginaal, 2 abdominaal.

In de 10 vaginaal geopereerde gevallen, werd, voor zoover na te gaan, in 6 gevallen, I, II, IV, V, VIII en IX het myoom verwijderd wegens sterke menstruatie of aanhoudende vloeiing. In geval IV, V en IX staat aangegeven, dat patiente door het bloedverlies verzwakt was. In geval VIII was een uit het ostium uteri hangende myomateuse polyp aanwezig, wat op zichzelf ook wel een indicatie is tot verwijdering.

In geval II bestond vermoeden op een malignen tumor, in geval VII kwam de patient met de klacht van steri-

liteit, en in geval X leverde met de vloeiing herhaaldelijk optredende retentio urinae de indicatie.

In geval VI is vooral de pijn aanleiding geweest.

In de twee gevallen van abdominale myoom-enucleatie heeft in het eerste geval hoofdzakelijk steeldraaiing aanleiding tot de operatie gegeven; in het tweede geval leverde de op cystoma ovarii sinistri gestelde diagnose natuurlijk een afdoende indicatie.

Dat men, waar verwijdering van het myoom mogelijk is met behoud van een behoorlijken uterus, geen andere operatie zal verrichten, behoeft geen verder betoog. Dat men hiervoor in het algemeen den vaginalen weg kiest, is eveneens duidelijk, waar men de gevaren der laparotomie (infectie, buikbreuk) vermijdt, vooral waar men, ten minste bij submuseuse tumoren, die het grootst aantal der te Leiden verrichte operaties opleveren, van uit de buikholte de uterusholte toch zou moeten openen.

Waarom in de twee laatste gevallen de abdominale weg toch is verkozen, is duidelijk; in het eerste geval toch maakte de grootte van den zwangeren uterus het bereiken van het myoom zoo niet geheel onmogelijk, dan toch hoogst onwaarschijnlijk; in het tweede geval drong de grootte van den tumor tot de laparotomie.

*Vaginale totaalexstirpatie.*

Ook hier leverde aanhoudende sterke vloeiing of zeer profuse menstruaties, die tot zwakte of sterke anaemie

hadden geleid, de meest voorkomende indicatie en wel in 8 van de 16 gevallen, n. l. geval XIV, XV, XVIII, XIX, XX, XXI, XXV en XXVII.

In geval XVI en XXII was de voornaamste aanleiding tot operatie gelegen in de telkens terugkeerende retentio urinae.

In geval XIII, XVII, XXIII, XXIV, XXVI en XXVIII staat als meest op den voorgrond tredende klacht pijn opgegeven, meest met klachten van profuse menstruatie. In 4 van deze gevallen, XVII, XXIII, XXIV en XXVIII bestond het plan alleen het myoom te verwijderen.

Wat betreft de aanleiding hier tot het verrichten der uterusexstirpatie, in geval XVI, XVII, XVIII, XXIII, XXIV en XXVIII was de bedoeling een myomectomie te verrichten, toen daarbij de uterus niet meer te behouden bleek, werd deze geëxstirpeerd.

In geval XIV, XIX, XX, XXII en XXVI werd de indicatie tot exstirpatie gevonden in de multipliciteit der tumoren.

In geval XV en XXI gaf de leeftijd der vrouw geen aanleiding veel moeite te doen den uterus te sparen.

In geval XXV was de grootte van den tumor van dien aard, dat na enucleatie wel geen bruikbare uterus zou overblijven, terwijl ook de leeftijd van de vrouw dit niet van veel belang deed zijn.

In geval XXVII was de indicatie tot exstirpatie gelegen in de mogelijkheid van een van den uterus uitgaande algemeene infectie.

Vaginaal werd hier wel geopereerd om de bekende

voordeelen der vaginale methode, waar de grootte der tumoren geen contraindicatie opleverde.

*Abdominale uterusexstirpatie.*

Ook hier gaf weer in drie gevallen de sterke en frequente menstruatie de voornaamste aanleiding tot operatie n.l. in geval XXXI, XXXIV en XXXV. In het geval XXXI kwam hierbij frequente mictie, in geval XXXV, waar het bloedverlies reeds tot een sterken graad van anaemie had geleid, deed ook de snelle groei tot operatie besluiten.

In geval XXIX is het vooral de snelle groei, die reeds tot wat kortademigheid aanleiding heeft gegeven, ook in verband met de profuse menstruatie, die de indicatie opleverde.

In geval XXXII was de diagnose gesteld op cystoma ovarii et myomata uteri; in geval XXXVII op cystomata ovarii, en daarom tot operatie besloten.

In geval XXXVI had patiente al jaren lang pijn en wat profuse menstruatie. Volgens de ziektegeschiedenis wordt om den last, die patiente heeft, tot operatie besloten.

In geval XXX, XXXIII en XXXVIII was het vooral de grootte van den tumor, die aanleiding gaf tot de operatie, in verband met klachten over pijn en te profuse menses.

Dat in al deze gevallen per laparotomiam is geopereerd is duidelijk, de grootte toch der tumoren leverde

een contra-indicatie voor vaginale exstirpatie. In geval XXXVIII, waar nog een vaginale operatie werd beproefd, moest om de grootte ook tot laparotomie worden besloten.

*Résumé.* Het blijkt dus, dat in de meeste gevallen. in 18 van de 38, het sterke bloedverlies de indicatie tot operatie heeft geleverd. In drie gevallen waren het incarceratieverschijnselen, telkens wederkeerende retentio urinae, in 9 de aanhoudende pijn, meest met klachten over te profuse menstruatie, in drie de diagnose van ovariumtumor, die tot operatie drongen.

In één geval werd in steriliteit, in één in het vermoeden op een maligne tumor, in één in steeldraaiing van den tumor tijdens de graviditeit de aanleiding tot operatie gevonden, in 3 in de grootte van den tumor.

---

**Vroegere behandeling.**

Daar de meeste patienten hunne klachten reeds sinds vrij langen tijd hadden, van ½ jaar tot vele jaren, kan men veilig aannemen, dat bijna allen reeds elders onder behandeling waren geweest. Slechts van zeer weinige is hiervan in de ziektegeschiedenissen iets opgeteekend, van zoo weinige, dat er omtrent het effect eener palliatieve therapie niets uit te leeren valt. Volledigheidshalve wil ik ze toch vermelden. Naar de methode van Apostoli werd geval I op de kliniek behandeld, en wel gedurende

vier weken om de twee dagen met een galvanischen stroom van een sterkte van 50 m. A. met eenig effect op de menstruatie, doch in 't geheel niet op de pijn.

Geval II en IV zijn beide elders behandeld met ergotineinjecties, verdere bijzonderheden onbekend, het eerste ook met intrauterine cauterisaties.

In geval XXI kreeg patiente tijdens een 14 dagen te vroeg optredende menstruatie op de kliniek stypticine Freund, naar het schijnt echter meer om deze bloeding te trachten tegen te gaan, dan om een bepaalde kuur in te stellen.

Geval XIII was om vage klachten in de kliniek opgenomen en eerst behandeld met uterusdilatatie en irrigatie met een slappe carboloplossing, later ontslagen met een Thomaspessarium om een bestaande retroflexie.

Behalve een paar gevallen, waar symptomatisch gecatheteriseerd moest worden, staat verder van voorafgaande therapie niets vermeld, dan in enkele gevallen, dat vroeger operaties aan de genitalia zijn verricht, soms zeker voor andere doeleinden (prolaps in een geval), in geen geval met eenige zekerheid als wegens myoom gedaan aan te merken.

---

**Steriliteit door myomen.**

Bij het doorlezen der ziektegeschiedenissen kreeg ik den indruk, dat vele der patienten nulliparae waren en scheen het mij daarom niet onbelangrijk na te gaan of die indruk juist was en of er onder deze gevallen iets

te vinden was, dat wees op een invloed van myomen op graviditeit of herhaalde graviditeit. De kwestie toch, of myomen kans opleveren voor steriliteit, is nog niet geheel uitgemaakt.

Hoewel het zeker is, dat het percentage van steriele huwelijken groot is bij patienten met myomen — uit een opgaaf toch in het »Handbuch für Gynaecologie" [1]) blijkt, dat uit een serie van 1731 gehuwde vrouwen met myomen, door verschillende waarnemers samengebracht, 520, dat is 30% steriel zijn, terwijl het gemiddelde cijfer der steriele huwelijken opgegeven wordt als 8—10% — en de meeste gynaecologen dan ook aannemen, dat myomen vaak oorzaak zijn van primaire of secundaire steriliteit, is in de laatste jaren Hofmeier [2]) tot de meening gekomen, dat deze steriliteit niet afhankelijk was van de myomen. Hij grondt zijne meening, die ook Olshausen [3]) deelt, vooral hierop, dat de steriliteit dateert van zoo langen tijd voor het constateeren der myomen, dat het niet aangaat aan te nemen, dat deze toen reeds aanwezig waren.

Gusserow [4]) had er de aandacht op gevestigd, dat het percentage der multiparae (meer dan 6 geboorten) en ook der pluriparae veel kleiner is dan in normale gevallen, zoodat dus het myoom vaak de latere zwanger-

1) Pag. 767. Deel II.

2) Ueber den Einfluss der Myome des Uterus auf Conception, Schwangerschaft u. Geburt. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1894 XXX.

3) Handb. der Gynäk. Deel II. Olshausen, Sterilität und Fertilität.

4) Die Neubildungen der Uterus. Deutsche Chirurgie v. Billrott u Lücke 1886.

schappen verhindert. Ook hiertegen komt Hofmeier op met dezelfde argumenten als tegen de steriliteit door myomen.

Olshausen, die, vooral wat de steriliteit aangaat, veel neiging heeft met Hofmeier mee te gaan, voert eenige gronden aan voor het ontstaan van secundaire steriliteit door myomen, die echter mijns inziens even goed voor primaire gelden. Hij zegt, dat ten eerste myomen vaak veel langer bestaan dan men aanneemt, en ten tweede, dat hij herhaaldelijk gevallen waargenomen heeft, die klachten hadden over dysmenorrhoe, pijn, gevoel van zwaarte, en waar het onderzoek niets gaf dan een gelijkmatig verdikten en weinig verlengden wat pijnlijken uterus. Na jaren ontwikkelt zich een hardheid ergens in den wand, die eindelijk blijkt een diep in den wand liggend myoom te zijn.

Ook Prof. Veit [1]) nam vier gevallen waar, waar bij een onderzoek wegens klachten over dysmenorrhoe en steriliteit niets gevonden werd dan bij sondeonderzoek een circumscripte pijnlijke plek van het endometrium en bij welke na jaren myomen werden geconstateerd. Hij oppert de mogelijkheid, dat ook hier de myomen reeds in hun eerste begin aanwezig waren.

Dat de zitplaats der myomen niet onverschillig zal zijn, ligt voor de hand, de meeste schrijvers zijn het er dan ook over eens, dat vooral subsereuse en interstitieele myomen aanleiding geven tot steriliteit. Hof-

1) Handb. der Gynäk, deel II pag. 470.

meier gaat zoo ver te beweren, dat de myomen de conceptie begunstigen, wel niet de myomen qua tales, doch het door hen veroorzaakte langer uitblijven van het climacterium. Hij haalt gevallen aan van conceptie bij late huwelijken van patienten met uterusmyomen, meestal zonder de zitplaats aan te geven.

Dat myomen aanleiding kunnen geven tot steriliteit, is licht in te zien; de redenen er voor kunnen zijn òf de veranderingen van de uterusholte, haar onregelmatige vorm, òf de veranderingen van het endometrium, òf, en dat wel vooral door grootere subsereuse tumoren, kunnen de adnexa verplaatst en daardoor de tubae afgeknikt worden.

Van de 38 hier besproken gevallen staat bij één gehuwde vrouw niets opgegeven omtrent partus; wij willen dus deze, geval XIII, niet mederekenen.

Van de 37 overige vallen voor deze kwestie af 14, die ongehuwd waren, er resteeren dus 23 gevallen. Van deze laatste 23 zijn er 9 nulliparae, bij vier slechts staat de duur van het huwelijk aangegeven, nl. VII, 28 jaar oud, 2½ jaar getrouwd, komt wegens steriliteit, klein subsereus myoom.

XVI. 26 jaar, 4 jaar getrouwd, klachten sinds 1½ jaar, interstitieel myoom.

XVII. 43 jaar, 9 jaar getrouwd, klachten minstens 8 jaar, breed geïnsereerd subsereus of interstitieel myoom.

XXXIV. 28 jaar, ½ jaar getrouwd. Echter heeft zij reeds 12 jaar een opgezette buik en heeft nu een manshoofdgroot myoom, zoodat zeker het myoom reeds dateert van jaren voor het huwelijk.

De 5 andere patienten zijn op één na allen ± 40 jaar, zoodat zij naar alle waarschijnlijkheid reeds verscheidene jaren gehuwd zijn.

Het zijn:

XVIII, 29 jaar, klachten sinds 2 jaar, interstitieel myoom.

XXVII, 39 jaar, klachten sinds 4 jaar, polypeus en interstitieel myoom.

XXIX, 44 jaar, klachten sinds 8 jaar, groot interstitieel myoom.

XXXIII, 44 jaar, klachten sinds 5 jaar, groot interstitieel myoom.

XXXV, 44 jaar, klachten sinds paar jaar, groot interstitieel myoom.

Deze drie laatste gevallen met geval XXXIV betreffen alle patienten met groote boven den navel reikende tumoren, die zeker reeds lange jaren bestaan.

In geval VII en XVII bestaan ook de klachten minstens zoo lang als het huwelijk. In de overige 3 gevallen is dit niet het geval, echter is nergens een andere reden voor de steriliteit te vinden.

In ieder geval zijn er onder deze 23 vrouwen 9, dat is 39% nulliparae. Bij geen is een andere oorzaak voor de steriliteit te vinden en bij 6 is door den duur der klachten zekerheid, dat het myoom reeds voor het huwelijk bestond.

Gaan wij nu het aantal partus na bij de 14 overige vrouwen dan blijkt dat:

XXXVII voor 4 maanden bevallen is van haar 11de

kind, partus kunstmatig, kind dood. Groote gesteelde subsereuse tumoren.

XI was gravida, subsereuse myomen.

Vier zijn bevallen respective voor 7, minstens 4, 7 en 2 jaar, doch kunnen gerekend worden na de laatste partus in het climacterium te zijn gekomen.

Het zijn:

V, 51 jaar, abortus voor 7 jaar, submuceus myoom.

XV, 49 jaar, laatste (5de) partus voor langer dan 4 jaar, interstitieel myoom.

XIX, 4 jaar, laatste (6de) partus voor 7 jaar, interstitieel myoom.

XXVIII, 40 jaar, laatste (3de) partus voor 2 jaar, subsereus myoom.

Bij drie is het tijdstip der laatste partus niet vermeld:

n. l. VIII, 51 jaar, 8 partus, myomateuse polyp.

X, 48 jaar, 3 partus, myoma cervicis.

XXV, 42 jaar, 5 partus, interstitiëel myoom.

Er resteeren dus nog 5 gevallen. wier laatste bevalling geleden is respective 17, 17, 11, 18 en 14 jaar en wel nog jaren voor het climacterium, waar dus een reden voor de steriliteit gezocht kan worden.

Het zijn:

III, 44 jaar, 2 partus, laatste voor 17 jaar, submuceus myoom, klachten sinds minstens 3 jaar.

XIV, 45 jaar, 9 partus, waarbij 3 abortus, laatste voor 17 jaar, subsereuse myomen, klachten sinds 2 jaar.

XXI, 43 jaar, 2 partus, laatste voor 11 jaar, interstitieel myoom, klachten sinds laatste partus.

XXIV, 37 jaar, 1 partus, voor 18 jaar, interstitieel myoom, klachten sinds langer dan 7 jaar.

XXVIII, 45 jaar, 4 partus, laatste voor 14 jaar, cervicaal myoom, klachten sinds geruimen tijd.

Of in deze 5 gevallen de steriliteit veroorzaakt is door het myoom, is moeilijk uit te maken, een andere reden er voor is in ieder geval niet te vinden. Steriliteit, secundaire en primaire te zamen, vinden wij dus in 14 van de 23 gevallen, dat is dus in 61%. Hiervan zijn 9 dat is 39% nulliparae en 5 pluriparae, dat is 22%.

Dat er dus verband bestaat tusschen myomen en steriliteit is duidelijk uit deze gevallen op te maken. Onzeker blijft echter, wat in deze primair is, is dit myoom de oorzaak van de steriliteit of zijn beide gevolg van een zelfde oorzaak.